В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьева

НЕВРОЗОЛОГИЯ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Москва
2002

а

ОГЛАВЛЕНИЕ

Часть 1. НЕВРОЗОЛОГИЯ

ВВЕДЕНИЕ . . . 8

Еяива 1. **НЕВРОТИЧЕСКИЕ** РАССТРОЙСТВА: **ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ТЕОРИИ** НЕВРОЗОГЕНЕЗА . . . 11
Дефиниции невротических расстройств. Невроз и невротик . . . 11
Теории и концепции неврозогенеза . . . 16
Психоаналитическая каузальная сексуальная теория неврозов З.Фрейда . . . 20
Теория «невротического превосходства» А.Адлера . . . 22
Теория «автономного комплекса» К.Юнга . . . 23
Теория «невротических наклонностей» К.Хорни . . . 24
Ноогенная теория неврозов В.Франкла . . . 28
Психическая травматизация, личностно-хараоерологический преморбид и неврозогенез (в соавт. с *А.Э.Узедевской)* . . . 29

Глава 2. **АНТИЦИПАЦИОННАЯ КОНЦЕПЦИЯ** НЕВРОЗОГЕН13А . . . 45
Теоретические предпосылки . . . 45
Клиническое обоснование антиципационной концепции иеврозонегеза . . . 55
Экспериментально-психологическое обоснование антиципационной концепции неврозонегеза . . . 63
Антиципационные механизмы неврозогенеза и «моторная ловкость» . . . 81
Антиципационные механизмы неврозогенеза и восприятие времени . . . 88
Специфика непреднамеренного запоминания информации и антиципационные механизмы неврозогенеза (в соавт. с *В.Т.Плещинской)* . . . 92
Интегративная оценка антиципационных способностей и склонности к невротическим расстройствам . . . 98

Глава 3. **КЛИНИЧЕСКИЕ** ПРОЯВЛЕНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ . . . ИЗ
Семиотика невротических расстройств . . . ШЗ
Динамика и исходы невротических расстройств . . . 129

Пива 4. ПАТОПСИХОЛОГИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ . . . 144
Внимание . . . 144
Интеллект . . . 146
Мышление и воображение . . . 146

Память 149
Эмоции, аффекты и чувства 156
Мотивация, волевая деятельность и поисковая активность 160
Сознание и самосознание 164
Когнитивное оценивание, фрустрационная толерантность и стрессоустойчивость 167
Коммуникативная компетентность 178
Психическая ригидность и фиксированные формы поведения 179

Шва 5. ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ И КУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ 182
Невротические расстройства у детей и подростков (в соавт. с *Д.А.Мухаметзяновой)* 182
Невротические расстройства в период климакса 208
Невротические расстройства в пожилом возрасте (в соавт. с *Л.Р.Ахмадуллиной)* 238
Возрастная специфика антиципационных механизмов неврозогенеза (в соавт. *с Д.А.Мухаметзяновой и Д. В. Рукавишниковым)* 249
Тендерные особенности невротических расстройств 257
Этнокультуральные особенности невротических расстройств 259

Глава **6. ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ 266**
Методы психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии, используемые в неврозологии 268
Психотерапия невротических расстройств у детей *(Ю.С.Шевченко)* 302
Психофармакотерапия невротических расстройств 324

Часть 2. ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

ВВЕДЕНИЕ 330
Психосоматический подход 332
Психосоматическое заболевание 334
Квалификация психосоматического заболевания 337

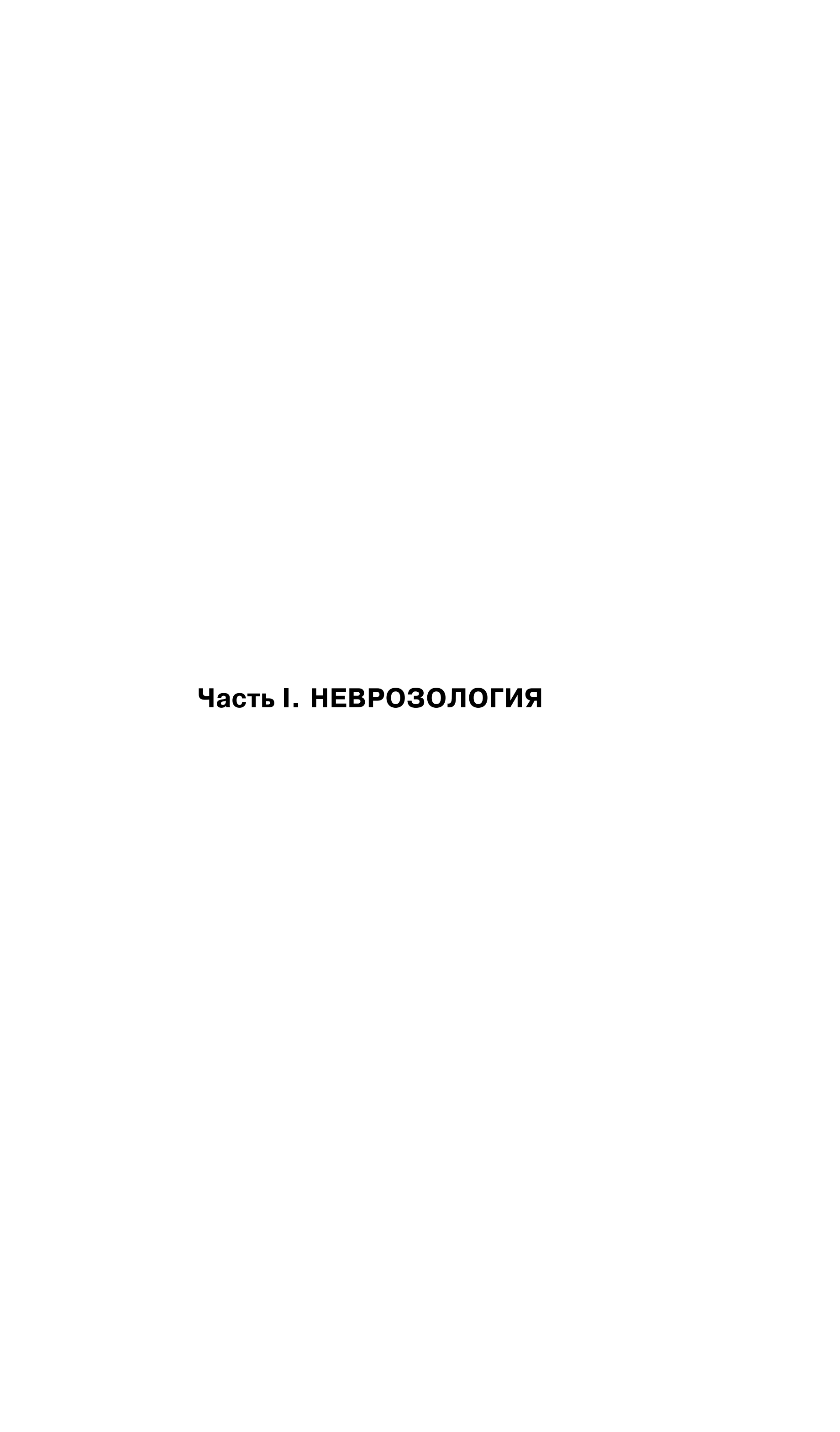
Шва 7. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ 342
Психологическое направление в интерпретации психосоматических заболеваний 342
Бихевиоральное (поведенческое) направление в интерпретации психосоматических заболеваний 349
Биологическое направление в интерпретации психосоматических заболеваний 357

Глава **8. КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ И ИНТЕРПРЕТАТИВНЫЕ СХЕМЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ОБЪЯСНЕНИИ ЭТИОЛОГИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ** . . .360
Социально-психологический уровень интерпретации 360
Эгоцентризм 360
Эмоциональный контроль 362
Инфантилизм 363
Эмоциональная незрелость 364
Алекситимия 365
Агрессивность 368
Амбивалентность 371
Перфекционизм 372
Поисковая активность 373
Выученная беспомощность 374
Роль семьи в формировании психосоматических заболеваний 376
Концепция стресса 376
Биологический уровень интерпретации 380
Психосоматические расстройства и стресс 380
Роль эмоций в функционировании организма человека 381
Основные теории эмоций 382
Исследование эмоций в психосоматической медицине 390
Патологические эмоциональные состояния 392
Психофизиологический уровень интерпретации психосоматического заболевания 398
Фиксированные эмоционально-негативные состояния как психологический фактор фактор формирования психосоматических расстройств 398
Понятие эмоционального состояния 398
Классификация эмоциональных состояний 401
Психологический уровень интерпретации психосоматического заболевания 406
Феноменология эмоционально-негативных состояний 406
Тревога 406
Депрессия 409
Эмоциональные состояния при агрессии 413
Состояние эмоционального возбуждения 415
Состояние эмоционального напряжения 416
Состояние фрустрации 418
Одиночество 419
Сенсорная депривация 421
Социальная депривация 425
Фактор «заключения» 425
Психосоматический диагноз (позитивная и негативная диагностика психосоматического заболевания) 426
Методология экспериментально-психологических исследований в клинике внутренних болезней 429

Глава 9. ЧАСТНАЯ ПСИХОСОМАТИКА **444**
Гипертоническая болезнь 444
Синдром артериальной гипотензии 473

Ишемическая болезнь сердца 490
Язвенная болезнь 509
Неспецифический язвенный колит 515
Бронхиальная астма 536
Тиреотоксикоз (гипертиреоз) 552
Сахарный диабет 561
Неспецифический хронический полиартрит 568
Заболевания кожи 570
Хроническая боль 577
Психосоматические аспекты нарушений питания 588
Психологические этиологические факторы нервной анорексии . 595

ЛИТЕРАТУРА 599



Часть I. НЕВРОЗОЛОГИЯ

ВВЕДЕНИЕ

Берясь за написание книги, посвященной широко известной научной проблеме, любой автор рискует показаться тривиальным, предстать перед заинтересованным и квалифицированным читателем очередным компилятором. Вследствие этого мотивация подготовки и публикации книги на общеизвестную и достаточно разработанную тему должна носить сверхценный характер, аргументированно и веско внутренне обосновываться, иметь как объективную, так и субъективную значимость.

Проблема невротических и психосоматических расстройств, несмотря на представленность в виде большого количества публикаций в научных журналах и в виде монографических исследований, продолжает страдать, во-первых, от отсутствия единой концепции неврозо- и психосоматогенеза, во-вторых, от четкого и однозначного представления о том, что относить к невротическим и психосоматическим расстройствам, какие критерии заложить в основу диагностики и дифференциальной диагностики в первую очередь по отношению к психологическим феноменам, которые не должны обозначаться термином расстройства и относиться к патологическим психическим состояниям. Современная ситуация в области диагностики невротических и психосоматических расстройств оказалась запутанной в связи с введением в практику новой классификации психических и поведенческих расстройств десятого пересмотра. В ней размыта граница между психологическими феноменами, с одной стороны, и психопатологическими симптомами и синдромами — с другой. Данный факт опасен гипердиагностической парадигмой и позволяет относить к невротическим и психосоматическим расстройствам чрезмерно широкий круг проявлений психической жизни.

Представленная заинтересованному читателю книга исходит из представлений о том, что не любое ухудшение настроения человека следует признавать депрессивным синдромом,

не всякая тревога является невротической и не каждое соматическое заболевание (физическое страдание) человека связано с его психикой. Расширение диагностических границ неврозологии и психосоматической медицины является малообоснованным и может нанести серьезный вред развитию данных областей науки.

Авторы допускают, что термин неврозология в настоящее время не является общепризнанным. Однако его употребление не вызывает у специалистов отторжения. Термин понятен и четко очерчивает круг проблем, которыми занимается эта междисциплинарная наука, располагающаяся на границе психиатрии и клинической (медицинской) психологии. Объединение в рамках одной книги таких наук как *неврозология и психосоматическая медицина* кажется авторам логичным и теоретически обоснованным, так как две эти области теснейшим образом связаны друг с другом, находятся по отношению друг к другу во взаимодействии. К тому же способы и методы оказания медико-психологической помощи пациентам с данными видами психической патологии сходны. Близким к двум перечисленным наукам является *характерология,* изучающая особенности формирования, проявлений, динамики и исходов характерологических девиаций и так называемых личностных расстройств. Нередко именно характерологические и личностные особенности служат базой для становления невротических и психосоматических расстройств, вследствие этого в данной книге достаточно подробно обсуждаются и проблемы характерологии.

Одной из основополагающих проблем психиатрии и клинической психологии считается проблема реакций личности на психологический стресс. Под стрессом в психологическом ракурсе понимается воздействие на человека, его организм и личность фрустрирующих, психотравмирующих событий с формированием расстройств как на уровне психического, так и соматического реагирования. Центральными становятся вопросы о механизмах формирования связанных со стрессом нарушений, выбором невротического или психосоматического пути синдромогенеза, а также преморбидных индивидуально-психологических особенностях, способствующих и препятствующих появлению расстройств.

Считается, что в условиях воздействия на человека психической травмы возникает альтернатива: либо в связи со стрес-



Рисунок 1

соустойчивостью и под влиянием методов психологической защиты человек остается психически и соматически здоровым, либо он заболевает неврозом или психосоматическим заболеванием (рис. 1). Причем, по мнению некоторых ученых (Ротенберг В.С., Аршавский В.В.), альтернатива существует и внутри патогенного пути, и «психосоматические заболевания возникают у тех, кто в силу особенностей личности не может позволить себе невротический тип реагирования, демонстрацию тревоги или страха, фиксацию на своих ощущениях».

В представленной книге авторами намеренно выбран комплексный и интегративный подход к проблемам неврозологии и психосоматической медицины. Наряду с тем, что анализируются различные теоретические подходы, приводятся данные многочисленных исследований, авторы сочли целесообразным и оправданным привести результаты собственных исследований, сформулировать собственные теоретические воззрения на проблему неврозо- и психосоматогенеза.

Глава 1. НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ТЕОРИИ НЕВРОЗОГЕНЕЗА

Современную ситуацию в неврозологии можно без преувеличения обозначить проблемной. Заболевание (невроз), которое известно уже несколько столетий и описание которого связано с именем Куллена, не становится яснее в теоретическом плане и излечимее на практике. Выздоровление больных не происходит чаще, чем это было многие годы тому назад. Подвергаются кардинальному пересмотру основополагающие диагностико-нозологические признаки неврозов, такие, к примеру, как функциональность, т.е. обратимость невротических расстройств после нормализации жизненной ситуации и исчезновения психотравмы. Процент выздоровления равняется лишь 58 (Десятников В.Ф.), в лучшем случае — 65 (Киселев А.С., Сочнева З.Г.), что явно противоречит введенному в дефиницию критерию функциональности.

Наибольшие сложности возникают при определении границ невротических расстройств, строго определения данного вида психической патологии и разграничения его с феноменологически сходными, но имеющими принципиально иные механизмы психогенеза.

Дефиниции невротических расстройств. Невроз и невротик

Определение невротических расстройств традиционно строится на двух принципах: *позитивной или негативной диагностике.* В рамках первой распознавание невротических расстройств базируется на выявлении специфичных клинических проявлений (симптомов и синдромов) и психогенном механизме формирования. По мнению В.Н.Мясищева, к основополагающим диагностическим критериям неврозов следует относить: 1) зависимость возникновения и течения (динамики) невроза с психогенной ситуацией; 2) связь психогении с личностью больного, с неспособностью пациента в конкрет-

ных условиях разрешить конфликтную ситуацию; 3) содержательную связь между характером психотравмы и клиническими проявлениями невроза и патологической фиксацией на фрустрации и переживаниях, связанных с ней. В рамках второй диагностической парадигмы упор делается на факте отсутствия в клинической картине психических нарушений иного уровня, чаще всего указывается на значимость непсихотического уровня реагирования, а также исключения неврозоподобных или псевдоневротических расстройств органического, соматического или шизофренического генеза.

Вследствие этого невроз определяется как психогенное (конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека, проявляется в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений (Карвасарский Б.Д., 1990; Свядощ А.М., 1997 и др.).

Проблематичность использования приведенной выше традиционной дефиниции невротических расстройств заключается, в первую очередь, в том, что не дается четкое и однозначное определение понятия «расстройство», что затрудняет дифференциацию невротических симптомов от психологических феноменов (переживаний), которые также связаны со стрессом, т.е. являются конфликтогенными, также затрагивают особо значимые стороны отношений человека с миром и не включают психотических нарушений. К тому же указание на «специфические клинические феномены» должно содержать четкое описание этой специфики — выделения исключительно невротических симптомокомплексов. В соответствии с МКБ-10 понятие «расстройства» включает в себя «клинически определенную группу симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию». При этом делается не вполне понятное и аргументированное уточнение о том, что «изолированные социальные отклонения или конфликты без личностной дисфункции не должны включаться в группу психических расстройств». Таким образом, диагностика невротических расстройств фактически становится заложницей понятий «страдание», «дезадаптация» и «личностная дисфункция».

Уточняющее и углубляющее определение дается А.М.Вейном (1982), который, наряду со значимостью для диагностики

неврозов психогенного фактора, личностных особенностей, недостаточности психологической защиты и формированием невротического конфликта, выделил те самые специфические клинические проявления, отнеся к ним не только нарушения в эмоциональной, но и в вегетативной и соматической сферах. Данный подход создает базу для дифференциации невротических расстройств со сходными психологическими феноменами (переживаниями), так как фактически переводит проблему психологическую в психовегетативную и психосоматическую, демонстрируя медицинскую составляющую данного вида патологии.

Можно согласиться с тем, что для диагностики невротических расстройств недостаточно наличия лишь психопатологических непсихотических симптомов и синдромов, также как и дезадаптации, внутри- и межличностного конфликтов. Для того чтобы говорить о невротических расстройствах (и даже заболевании), обязательным, с нашей точки зрения, должна быть соматическая (вегетативная) составляющая этих нарушений, демонстрирующая переход с психологического уровня реагирования, располагающегося в границах нормативного психического поведения, на более глубокий — психосоматический.

Еще одним подходом в разграничении невротических расстройств и психологических переживаний в рамках нормы считается выбор параметра осознанности психической травматизации. По мнению К. Юнга, «лица, имеющие проблемы, очень часто бывают невротиками, но было бы серьезным недоразумением смешивать наличие проблематики с неврозом, ибо между ними имеется существенное различие: невротик болен потому, что не осознает своей проблематичности, а человек, имеющий осознанную проблему, страдает от нее, не становясь больным». Предложенный подход располагается в русле психоаналитических воззрений и, к сожалению, не до конца способен на практике разрешить диагностическую загадку. Тем более что сам К.Юнг справедливо указывал на то, что «неудовлетворительную теорию можно терпеть, в общем-то, достаточно долго, но это не относится к неудовлетворительным терапевтическим методам».

Значимой для диагностики и дифференциальной диагностики невротических расстройств считается проблема взаимосвязи, взаимозависимости или альтернативности *невроза и не-*

еретического характера (стиля поведения, психопатии в старом понимании). Большинство исследователей разделяют точку зрения о том, что «любой невроз — характерологичен» (Shapiro D., 1989), что «действительный источник этих психических расстройств лежит в нарушениях в области характера, что эти симптомы являются манифестным результатом конфликтующих характерологических черт и что без раскрытия и выявления структуры невротического характера невозможно вылечить невроз» (Хорни К.,]996). Можно согласиться с К. Наранхо (1998) в том, что «полномасштабная теория характера включает и теорию невроза». Однако представленная позиция не является единственной и общепризнанной. Для отечественной психиатрии принципиальным считалось разделение неврозов и психопатий (расстройств личности). Б.Д.Карвасарский (1980), рассматривая взаимоотношения особенностей характера (в норме и при патологических формах) и неврозов, пишет: «Если в прошлом весьма распространенной была точка зрения, что «поставщиками» неврозов, как правило, являются психопаты, а основные формы неврозов представляют собой декомпенсации соответствующих им типов психопатий (истерия — истероидная психопатия, неврастения — астеническая психопатия, невроз навязчивых состояний — психопатия психастенического круга), то в настоящее время в отечественной психиатрии прочно утвердилось представление, что неврозы могут возникать у лиц, и не страдающих психопатиями, а также без сколько-нибудь выраженных психопатических черт характера. Если идти по пути сближения психогенных декомпенсаций психопатий с неврозами в узком смысле слова (Фелинская Н.И., 1976 и др.), то, естественно, в случаях психопатий невроз выступает как рецидивирующее заболевание, так как психогенные срывы могут возникать в обычных жизненных условиях, становясь как бы предпочтительным типом реагирования. У человека же без психопатических особенностей невроз может быть и единственным эпизодом в жизни, возникающим, однако, под влиянием действительно патогенной психотравмирующей ситуации.

С представленной точкой зрения согласны далеко не все исследователи. В частности Ю.А.Александровский (1987) считает, что существующее в настоящее время разделение неврозов и психопатий на основании характерных для первых из них «психогенности» и «функциональности», а для вто-

рых - «биологичности» и «органичности» носит сугубо относительный характер. Такое разделение имеет значение для описания клинических форм и вариантов пограничных состояний, определения их прогноза, но, по мнению Ю.А.Александровского, не является принципиальным для понимания различий в определяющих их патофизиологических механизмах. Эти механизмы являются скорее общими, а не различными и при неврозах, и при психопатиях. Клинические картины, характерные для «истинных неврозов», могут быть обозначены как «невротические синдромы» безотносительно к основному этиопатогенезу заболевания в целом. Чтобы они реализовались, требуется сочетание врожденно-конституциональных, соматогенно-органических и личностно-ситуационных факторов в их различной комбинации.

Если в вопросе о значимости патологической характерологической «почвы» на неврозогенез существуют различные точки зрения, то о важной роли акцентуаций характера пишет подавляющее большинство авторов. По мнению А.Е.Личко (1985), наличие акцентуаций характера в условиях психотравматизации может стать благоприятной почвой для возникновения неврозов и невротических развитии. К тому же отдельным типам акцентуации характера свойственны определенные формы невротических расстройств. Астеноневротический и лабильный типы акцентуаций предрасполагают в соответствующих условиях к возникновению неврастении; сенситивный, психастенический и, реже, астеноневротический служат благоприятной почвой для развития обсессивно-фобического невроза. Истерический невроз возникает на фоне истероидной или, реже, при некоторых смешанных с истероидным типах—лабильно-истероидном, истероидно-эпилептоидном, реже, — шизоидно-истероидном. Подчеркивая значение выделения понятия «акцентуация характера» для клиники неврозов, автор справедли во отмечает, что от типа акцентуации зависят не только особенности клинической картины невроза, но и избирательная чувствительность к определенного рода психогенным факторам, поскольку очевидно, что невротическая декомпенсация может быть облегчена психотравматизацией, предъявляющей чрезмерные требования к «месту наименьшего сопротивления» данного типа акцентуации.

Наиболее ярко и образно идею связи невротической диспозиции и невротических расстройств выразил А.Адлер: «То, что

называют предрасположенностью к неврозу, уже есть невроз, и только в актуальных случаях, когда внутренняя необходимость вынуждает прибегнуть к усиленным уловкам, как доказательство болезни возникают более выраженные соответствующие невротические симптомы. Они могут быть скрыты пока пациент находится в благоприятной ситуации, пока не встает вопрос о правильности его развития, о его чувстве общности. Это доказательство болезни и все соответствующие аранжировки необходимы прежде всего для того, чтобы, во-первых, служить оправданием, если жизнь отказывает в желанном триумфе; во-вторых, чтобы тем самым получить возможность уклониться от решения; в-третьих, чтобы иметь возможность выставить в ярком свете какие-нибудь достигнутые цели, поскольку они были достигнуты несмотря на недуг».

Таким образом, связь невротических расстройств и т.н. невротического характера, несомненно, существует. Однако следует отметить, что готовность к формированию невротических расстройств не исчерпывается структурой или выраженностью характерологических черт. Можно утверждать (и это будет показано ниже), что для неврозогенеза необходимым условием является наличие специфических черт т.н. потенциального невротика, а для противостояния становлению невротического конфликта и расстройств — типичных признаков «неврозоустойчивой личности». **К невротическим расстройствам,** с нашей точки зрения, следует причислять *психопатологические симптомы и синдромы непсихотического уровня, сочетающиеся с вегетативной дисфункцией, возникающие вследствие воздействия на личность актуальной психической травмы и несовершенства механизмов антиципации и психологической компенсации.* Отличие невротических расстройств от психосоматических заключается как в представленноети в клинической картине психопатологических или соматических симптомов, так и в специфичности внутриличностных конфликтов.

Теории и концепции неврозогенеза

В теоретическом плане сосуществуют научные направления, пытающиеся трактовать невроз как с психологической, так и с биологической (нейрофизиологической) платформ. К тому же некоторые отечественные и западные психотерапевтические школы «новой волны» становятся на антинозологи-

ческие позиции, предпочитая не выдвигать и не декларировать теоретические постулаты понимания происхождения невротических симптомов и не проводить дифференциальной диагностики между клиническим симптомом и психологическим феноменом. Подобная *антинозологическая платформа* ярче всего может быть продемонстрирована на примере высказывания Джозефа Вольпе о том, что «невроз - это плохая, упорная привычка неадаптивного поведения, приобретенная в процессе научения». Из этого делается вывод, что невроз вряд ли можно относить к клиническим симптомокомплексам и нозологическим единицам, которые должны иметь специфический этиологический агент, закономерности патогенеза (неврозогенеза) и исхода. Антинозологическая платформа сродни в целом антипсихиатрическому подходу к оценке психических проявлений, отраженному в известных высказываниях R.Laing: «Нет никакого емысла противопоставлять «нормальное» и «ненормальное». Пациенты психиатрических клиник не менее «нормальны», чем члены их семейств, а «шизофреногенные семьи» ничуть не отличаются от обычной семьи современного общества. Безумие является характеристикой межличностных отношений, возникающих в зависимости от понятности или непонятности для нас суждений и действий другого человека».

С позиции антинозологической платформы так называемые невротические расстройства не обладают характеристиками психопатологичности, т.е. не имеется никаких строгих диагностических критериев, позволяющих аргументированно провести разграничение между, к примеру, фобией как невротическим (болезненным) симптомом, и страхом как психическим состоянием; между невротической депрессией и сниженным настроением; между обсессивно-компульсивным расстройством и так называемыми назойливостями, или привычками.

Нейрофизиологическая научная платформа базируется на классических представлениях И.П.Павлова, выраженных в следующих абзацах: «Всюду и всегда необходимо идти к физиологическому основанию как в отношении болезнетворных агентов, так и в отношении реакций на них со всеми их последствиями, т.е. переводить всю психогению и симптоматику на физиологический язык... Могу сказать, что касается до нервной клиники, то почти все здесь наблюдаемые невротические

симптомы картины можно понять и привести в связь с нашими патофизиологическими лабораторными фактами».

Столь строго патофизиологический уклон разделяется многими отечественными учеными-неврологами, однако в более современном, смягченном варианте, учитывающем достижения психологических наук и психиатрии. Сегодня в рамках нейрофизиологической платформы принято говорить не об этиологическом значении каких-либо патофизиологических механизмов, а о «церебральной предиспозиции, облегчающей формирование невротической патологии» (Захаржевский В.Б., Дмитриева М.Л., Михеев В.Х., 1989). Придается важное значение так называемой ирритирующей триаде (шейный остеохондроз, хронический тонзиллит и хронический холецистит), способствующей возникновению (или проявлению) «не только отдельных синдромов невроза, но и самого невротического заболевания». Несмотря на то, что М.Г.Айрапетянц и А.М.Вейн (1982) отмечают существенную и патогенетически значимую роль в неврозогенезе «негрубой органической мозговой предиспозиции» и даже церебральной гипоксии, они с большой осторожностью обсуждают эту проблему. «Еще нет неопровержимых доказательств — пишут они, — прямого участия системных механизмов мозга (активирующих и синхронизирующих аппаратов) и активности биохимических систем (судим о них по содержанию биологически активных веществ в венозной крови и экскреции с мочой) во взаимодействии психотравмирующей ситуации с особенностями структуры личности и формировании невротического конфликта. Скорее всего, они отражают наличие стрессорной ситуации, характер и интенсивность эмоционального напряжения, а также индивидуальный паттерн реагирования. Вероятно, правильнее говорить о наличии характерных психофизиологических и психогуморальных соотношений при неврозах. Соотнести их прямо с патогенезом заболевания не представляется в настоящее время возможным».

Как видно из представленной позиции, проблема заключается лишь во временном отсутствии четких, «неопровержимых» доказательств корреляции мозговой дисфункции с возникновением невротических расстройств, а отнюдь не в принципиальных теоретических представлениях. Еще более ярко нейрофизиологическая платформа представлена в таких размышлениях ученых: «Существует два принципиальных

пути обсуждения: первая позиция — органическая церебральная дефицитарность реально существует, но имеется она и при многих формах патологии и у части практически здоровых лиц, что позволяет считать ее своеобразным эпифеноменом, т.е. отсутствует какая-либо внутренняя и логичная связь между церебральными нарушениями, с одной стороны, и возникновением, появлением и течением невротической патологии — с другой; вторая позиция — следуя за сформулированными В.М.Бехтеревым положениями о связи между различными психическими нарушениями и состоянием органа, осуществляющего психическую деятельность, т.е. головного мозга, пытаться понять наличие определенной взаимосвязи между ними. «Сразу же скажем, - пишет А.М.Вейн, — что мы являемся убежденными сторонниками этой позиции».

Нейрофизиологами подчеркивается важная роль «мягких неврологических симптомов» в патогенезе невротических нарушений, в то время как «грубые крупноочаговые либо диффузные проявления мозговой недостаточности» препятствуют, по их мнению, формированию невротических форм поведения посредством грубой деформации условий жизни и прочих сопутствующих тяжелой неврологической патологии микросоциальных факторов.

Обобщая современное представление о неврозогенезе ученых, стоящих на нейрофизиологической платформе, можно согласиться с Б.Д.Карвасарским (1990), что не вполне обоснованно основа патогенеза неврозов видится нейрофизиологам в расстройстве функций интегративных систем мозга, среди которых, наряду с корой больших полушарий мозга, существенная роль отводится лимбико-ритекулярному комплексу.

Психологическая платформа является на современном этапе преобладающей как в западной психиатрической и психологической литературе, так и в отечественной. Она так же, как и нейрофизиологическая, не монолитна и не единообразна, но содержит анализ значимости для неврозогенеза множества различных психологических параметров. Объединяет последние представление о принципиальной патогенетической значимости психологической составляющей для возникновения и проявления невротической симптоматики (Мясищев В.Н.). Спектр выделяемых существенных психологических феноменов широк, однако не наблюдается противопоставления одних

другим, видимо, исходя из известного высказывания V.Frankl: «Каждому времени присущ свой невроз и нужна своя психотерапия». Это высказывание, дополненное географической характеристикой — месторасположением — и превращенное в: «Каждому времени и месту присущ свой невроз», объясняет сосуществование различных психологических теорий и концепций неврозогенеза. Этот обширный список «правильных» теорий отражает значимость не только психологического, но и социально-психологического аспекта неврозогенеза. Психоанализ S.Freud объяснял не вообще неврозогенез (хотя и претендовал на это), но лишь механизмы происхождения невротических нарушений у молодых женщин австрийских городков конца прошлого века. Ноогенный характер невротических расстройств, описанный V.Frankl, подходил для понимания развития неврозов западноевропейского интеллигента послевоенного времени. Именно подобная многовариантность механизмов неврозогенеза позволила V.Frankl оценить удельный вес ноогенного механизма среди иных. Ученый писал о 20-процентной представленности ноогенного механизма среди многообразия патогенетических концепций.

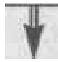
Учитывая очевидный факт «фрагментарности» западных и отечественных теорий неврозогенеза, отсутствие в них универсального характера (кстати как и в наиболее популярной в течение многих лет в отечественной клинической психологии и психиатрии теории личности В.Н.Мясищева), следует признать, что идея создания единой теории неврозогенеза носит характер утопичности. Общественный уклад жизни, социально-политические процессы и даже морально-этические и религиозные воззрения людей способны изменять понимание и суть этиологии и в еще большей степени — патогенеза неврозов. Именно эта аксиома позволила некоторым ученым вывести невроз за рамки психической патологии.

Психоаналитическая каузальная сексуальная теория неврозов З.Фрейда

З.Фрейд сосредоточил свое внимание на проявлениях невротических расстройств, считая, что их возникновение не является случайным и каждый симптом имеет для пациента особый смысл. При этом смысл симптома «всегда и везде» неизвестен больному, скрыт от него, являясь производным бессознательных процессов, так как «из сознательных процессов

симптомы не образуются». «Невротические симптомы, - писал он, — по-своему связаны с жизнью лиц, у которых они обнаруживаются. Они представляют собой заместитель того, что не осуществилось... и было вытеснено из сознания». Их основой является чрезмерная фиксация на определенном отрезке прошлого из жизни конкретного человека, невозможность освободиться от него, стремление «спрятаться» от проблем. Именно аффективная фиксация на определенной фазе прошлого определяется наиболее существенной характеристикой невроза. Механизмом же является вынужденный отказ человека от удовлетворения его сексуальных желаний, связь либидо с их инфантильными сексуальными переживаниями, что может быть изображено в виде этиологического уравнения неврозов:

Предрасположение благодаря фиксации либидо
+
Случайное (травматическое) переживание взрослого



Сексуальная конституция (доисторическое переживание)

Инфантильное переживание

По мнению З.Фрейда, при нормальной сексуальной жизни не может быть актуального невроза. При этом невротизирую-Щий механизм начинает формироваться в раннем детстве (обычно в первые три года жизни), когда у ребенка появляется ряд сексуальных влечений, которые он расценивает как запретные, недозволенные (аутоэротизм, гомосексуальные или инцестуальные влечения). В процессе воспитания ребенок узнает о запретности всех этих влечений, и они подавляются, не допускаются им до сознания, вытесняясь так называемой Цензурой в бессознательную сферу. Таким образом, формируются комплексы, углубляющиеся по мере взросления и формирующие готовность к невротическим симптомам. Последние могут возникать тогда, когда «энергия вытесненного сексуального влечения» не переводится (не сублимируется) в иные допустимые «цензурой» виды деятельности.

Теория «невротического превосходства» А.Аіера

Критикуя сексуальную теорию неюзов как претендующую на «единственно верную», А.Адлер»братил внимание не на блокирование либидо и стремления удовольствию, а на «распаленную жажду превосходства» невотика. По его мнению, и действительности в сексуальной сфее разворачивается такая же борьба, что и во всей душевной жзни человека. ИСХОДНОЕ чувство неполноценности, о которой писал З.Фрейд, толкает на обходные пути, стремится исклюить любой эротический опыт, чтобы не потерять ориентациюга цель достижения пре-
|восходства. При этом схема, по котоой осуществляются апперцепция и поведение, представляет собой полную антитезу Из-за планомерного детского искажения цель невротика по своей природе враждебна окружению и в его целевой установке всегда можно распознать две бессознательные исходные посылки: во-первых, при любых обстоятельствах человеческие отношения представляют собой борьбу за превосходство; во-вторых, женский пол является неполноценным и в своих реакциях служит мерой мужской силы. По мнению А.Адлера, оба эти бессознательные посылки приводит к тому, что все человеческие отношения отравляются и уродуются, возникают неожиданные усиления и нарушения аффекта, а вместо желанного душевного спокойствия наступаг постоянная неудовлетворенность и появляются невротиче<ше симптомы.

Основанное на реальных впечатлеиях, впоследствии тенденционно закрепленное и углубившеся чувство неполноценности уже в детском возрасте постояно побуждает пациента направлять свое стремление на цель, зачительно превышающую человеческую меру, приближакнуюся к «богоподобию» и заставляющую его идти по строго оерченным направляющим линиям. Так формируется ригиднй жизненный план невротика, ограничительный стиль его пведения, «сети защит».

А.Адлер, не соглашаясь со схемой юрмирования невроза как «бегства в болезнь», предложеннокго предшественниками (З.Фрейдом, К.Юнгом, Э.Кречмерм) и выраженной в виде формулы: НЕВРОЗ = ИНДИВИ, + ПЕРЕЖИВАНИЯ (сексуальные и инцестуозные) + ТРБОВАНИЯ ЖИЗНИ, приводит собственную:

Индивидуальная схема оценки (И+П+С) + X = Лич>стный идеал превосходства

Таким образом, недостижимой целью невротика становится попытка достижения личностного идеала. Он как бы «врастает в свои симптомы», которые формируются им в соответствии с его опытом и психическим напряжением и которые представляются ему необходимыми и целесообразными для повышения собственного чувства личности. Невротический жизненный план поддерживается исключительно благодаря внутреннему стремлению к превосходству, продиктованному первичному чувству неполноценности. Симптомы при этом становятся лишь «формами выражения господства тщеславия» пациента.

Так же как и З.Фрейд, А.Адлер обнаруживал у человека первые признаки формирования готовности к невротическим расстройствам в детские годы. Однако в отличие от психоаналитического взгляда, усматривавшего причину в вытеснении в бессознательную область недопустимых сексуальных влечений, он обращал внимание на неправильные формы воспитания, в частности отношения к себе и окружению. Основой же этого неправильного отношения служило обретенное чувство неполноценности, компенсируемое впоследствии стремлением к превосходству. «Всю целиком область неврозов, — писал А.Адлер, — можно понимать как домен всех тех индивидов, которые — либо вследствие органических неполноценностей, либо из-за неправильного воспитания или дурной семейной традиции — перенесли с собой в жизнь из детства чувство слабости, пессимистическую перспективу и вместе с тем всегда одни и те же или похожие уловки, предубеждения, трюки и экзальтации, такие же, как и при создании воображаемого, субъективного превосходства», т.е. чувство незрелости и неполноценности рождало навязчивое стремление к «цели богоподобия». Самым же лучшим определением неврозу автор считал такое: «Да — но!».

Теория «автономного комплекса» К.Юнга

По мнению К.Юнга, высказанному им в конце двадцатых годов двадцатого столетия, не существует всестороннее удовлетворительной точки зрения на сущность неврозов. Сравнивая теории неврозогенеза З.Фрейда и А.Адлера, этот автор указывал на тот факт, что каждый из подходов подходит в качестве объяснительного принципа для довольно большого числа людей, соответствует определенным психическим реалиям, но

не охватывает «душевную реальность» в целом. Вследствие чего каждая из них обладает «относительной истинностью».

К. Юнг обратил внимание на то, что теории неврозогенеза как правило, ориентированы на молодых людей и способны быть полезными при анализе невротических симптомов исключительно данного возрастного периода. Тогда как для лиц среднего и пожилого возраста они не могут быть успешно применены. Вследствие этого им была отмечена существенная значимость возраста пациента, который он назвал «в наивысшей степени важным показателем». По мнению К.Юнга, «молодой невротик пугается жизни, тогда как старый отступает перед смертью». Именно поэтому он отметил, что около трети невротических пациентов страдают от бессмыс ленности и беспредметности своей жизни.

В основе неврозогенеза К.Юнг видел образование т.н. автономного комплекса бессознательного содержания, которое не может быть подчинено сознательной воле. Продолжая традиции психоанализа, ученый настаивал на том, что причин невротических симптомов кроется в бессознательном. Одна ко в происхождении неврозов он не придавал особого значе ния вытесненному сексуальному влечению, а обращал вни мание на «мощные психические воздействия, лежащие в ос нове духовной установки и ее самых влиятельных, направля ющих идей». «Автономные содержания бессознательного или доминанты бессознательного, — писал он, — это не врож денные представления, а врожденные возможности, даже не обходимости, направленные на воссоздание тех представлений, которые с давних пор выражались через доминанты бессознательного». К.Юнг обозначил эту сферу коллективным бессознательным.

Теория «невротических наклонностей» К.Хорт

Сущностью невроза, по мнению К.Хорни, является невротическая структура характера, а его центральными звеньями — невротические наклонности, каждая из которых составляет своеобразное ядро этой структуры внутри личности, и каждая из этих подструктур тесно взаимодействует с другими подобными подструктурами. При этом невротические наклонности порождают не только специфичную тревожность, но и «специфические формы поведения, специфический образ «Я» и специфическое представление о других людях, спе-

пифическую гордость, специфическую форму уязвимости и специфические внутренние запреты».

Разделяя неврозы на «простые ситуативные» и «неврозы характера», К.Хорни писала о том, что «патогенный конфликт, подобно вулкану, спрятан глубоко внутри человека и неведом ему». Вследствие чего понимание невроза невозможно без прослеживания его глубинных корней — невротических наклонностей. Автором выщеляется десять патогенных невротических наклонностей, которые она отличает от сходных «нормальных» наклонностей, не приводящих к невротическому конфликту и невротическим симптомам. Их отличительной сущностью К.Хорни считает иллюзорность, карикатурность, лишенность свободы, спонтанности, смысла и утилитарную нацеленность на безопасность и решение всех проблем. К невротическим наклонностям, по мнению К.Хорни, относятся:

1. Невротическая потребность в любви, привязанности и одобрении; неразборчивая потребность угождать и нравиться другим, получать одобрение; непроизвольное стремление оправдывать ожидания окружающих; перенесение центра тяжести на других, а не на собственную личность, принимая во внимание только их желания и мнения; боязнь самоутверждения; боязнь враждебности со стороны других иди враждебных чувств внутри себя.

2. Невротическая потребность в «партнере», который примет руководство жизнью невротика в свои руки; перенесение центра тяжести на «партнера», который должен осуществить все жизненные ожидания невротика и нести ответственность за все происходящее, как хорошее, так и плохое, причем успешное манипулирование «партнером» становится доминирующей задачей; «любви» придается преувеличенное значение, потому что предполагается, что «любовь» решает все проблемы; боязнь быть покинутым всеми; боязнь оставаться одному.

3. Невротическая потребность заключить свою жизнь в узкие рамки; настоятельная потребность быть нетребовательным, довольствоваться малым и ограничивать свои честолюбивые стремления и желания материальных благ; настоятельная потребность оставаться неприметным и занимать вторые места; Умаление своих способностей и потенциальных возможностей, принимая скромность за высшую добродетель; стремление скорее сохранить, нежели потратить; боязнь высказать любые требования; боязнь иметь или отстаивать возрастающие желания.

4. Невротическое стремление к власти: страстная жажда господства над другими; преданность делу, долгу, хотя и играет определенную роль, но не является движущей силой; неуважение других людей (их индивидуальности, достоинства, чувств), стремление подчинить их себе; большие различия в степени вовлеченных в такое стремление деструктивных элементов; неразборчивое поклонение перед всякой силой и презрение ко всякой слабости; боязнь неконтролируемых ситуаций; боязнь беспомощности.

4а. Невротическая потребность контролировать себя и других людей посредством разума и предусмотрительности; вера во всемогущество интеллекта и разума; отрицание могущества эмоциональных сил и презрение к ним; придание чрезвычайно большого значения предвидению и предсказанию; чувство превосходства над другими, основанное на способности такого предвидения; презрение в себе самом ко всему, что не дотягивает до образа интеллектуального превосходства; боязнь признать объективные границы могущества разума; боязнь «глупости» и неправильного суждения.

4б. Невротическая потребность верить во всемогущество воли: ощущение силы духа, проистекающее от веры в магическую силу воли; реакция безысходного отчаяния при любой фрустрации желания; тенденция отказываться от желаний или ограничивать желания и терять к ним интерес из-за боязни «неудачи»; боязнь признания каких-либо ограничений абсолютной воли.

5. Невротическая потребность в эксплуатации других и стремление всеми правдами и неправдами добиваться от них для себя преимуществ: оценка других людей в основном с точки зрения их полезности или возможности эксплуатации; различные сферы эксплуатации: деньги (заключение сделок становится болезненной страстью), идеи, сексуальность, чувства; гордость своим умением эксплуатировать других; боязнь самому подвергнуться эксплуатации и таким образом оказаться «в дураках».

6. Невротическая потребность общественного признания или престижа (в сочетании со страстным желанием власти или без него): оценка всех и всего (людей, неодушевленных предметов, денег, собственных качеств, поступков и чувств) только в соответствии с их престижностью; самооценка, целиком зависящая от характера публичного признания; различия в ис-

пользовании традиционных или «вызывающих» способов возбуждения зависти или восхищения; боязнь потери привилегированного положения в обществе («унижение») либо из-за внешних обстоятельств, либо вследствие внутренних факторов.

7. Невротическая потребность в восхищении своей особой: раздутое представление о себе (нарциссизм); потребность в лести и восхищении своим воображаемым образом; самооценка, целиком зависящая от соответствия этому образу и от восхищения этим образом другими людьми; боязнь утратить восхищение и испытать «унижение».

8. Невротическое честолюбие в плане личных достижений: потребность превосходить других не посредством того, что ты собой представляешь или каков ты есть на самом деле, а посредством своей деятельности; прямая зависимость самооценки от того, является ли невротик лучшим или нет; стремление быть самым лучшим спортсменом, любовником, писателем, рабочим — особенно в собственных глазах, однако признание со стороны других также имеет важное значение, и его отсутствие вызывает обиду; примесь разрушительных тенденций (имеющих целью взять над другим верх), всегда присутствующих, хотя и различающихся по интенсивности; непрестанное подталкивание себя к еще большим достижениям, несмотря на всепроникающую тревожность; страх неудачи («унижение»).

9. Невротическая потребность в самодостаточности и независимости; настоятельная потребность никогда ни в ком не нуждаться, или же не поддаваться никакому влиянию, или не быть абсолютно ничем связанным, любая близость влечет за собой опасность какого-либо вида порабощения; наличие дистанции и обособленность — единственный источник безопасности; боязнь потребности в других людях, в каких-либо связях, близости, любви.

10. Невротическая потребность в достижении совершенства и неуязвимости: неослабевающая погоня за совершенством; навязчивые раздумья и самообвинения в связи с возможными недостатками; чувство превосходства над другими на основе собственного совершенства; боязнь обнаружить в самом себе недостатки или совершить ошибки; боязнь критики или упреков.

Основой неврозогенеза, по мнению К.Хорни, чаще всего становится конфликт нескольких невротических наклоннос-

тей, когда следование одним наклонностям будет постоянно препятствовать осуществлению противоположных. В таков ситуации человек «заходит в тупик» и, даже несмотря на самостоятельные поиски путей компромисса, невротическая структура характера не позволит ему разрешить невротический конфликт наклонностей. Это обусловлено тем, что, как правило, по мнению К.Хорни, невротик даже не подозревает, что именно эти невротические наклонности являются движущими силами в его жизни. Становление же их самих является продуктом еще более ранних расстройств, конфликтов, которые имели место в человеческих взаимоотношениях.

Ноогенная теория неврозов В.Франкла

Основой неврозогенеза в соответствии с представлениями В.Франкла является не психогения, а экзистенциальная фрустрация (вакуум), когда человек в силу разнообразных причин утрачивает «смысл жизни», когда блокируется его стремление к отысканию конкретного смысла в личном существовании (воля к смыслу). Автор назвал данную разновидности неврозов — ноогенной (от греческого «ноос», означающего разум, дух, смысл). Ноогенные неврозы возникают не из конфликтов между влечениями и сознанием, а из конфликтов между различными ценностями (моральные конфликты), из духовных проблем и, в первую очередь, из-за утраты осмысленности существования.

Ноогенная теория неврозов расходится с психоаналитической в том, что не ограничивается и не замыкается на инстинктивной деятельности человека и его бессознательных процессах, а анализирует духовные реальности. Она фокусируется на потенциальном смысле существования, на осознании человеком, к чему он действительно стремится «в глубине души», на актуализации ценностей. Для определения ноогенного неврозогенеза В.Франкл нередко использовал высказывание Ницше о том, что «тот, у кого есть для чего жить, может выдержать почти любое как».

С точки зрения В.Франкла, невротические расстройства ноогенного характера стали широко распространенными в двадцатом веке в силу двойной утраты, которую претерпел человек в ходе его становления подлинно человеческим существом. Человек утратил некоторые из базисных животных инстинктов, обеспечивавших животным поведение, и у него появилась

необходимость «осуществлять свой выбор». Кроме того, еще одной утратой стало разрушение многовековых традиций. И теперь «никакой инстинкт не говорит ему, что ему делать, и никакая традиция не подсказывает, что он должен делать; скоро, — пишет В.Франкл, — он уже не будет знать, что он хочет делать». Подобный экзистенциальный вакуум был обнаружен более чем у половины обследованных автором людей. Он проявлялся, в первую очередь, состоянием скуки от невозможности осознать смысл собственной внешне «бурной жизнедеятельности», направленной на обогащение, власть, сексуальные изыски. Каждая житейская ситуация (а не только психотравма) может бросать человеку вызов, требовать ответа на самый главный вопрос о смысле его существования, следовательно — провоцировать его на формирование экзистенциального вакуума и невротических симптомов. Причем для избегания невроза должен быть обнаружен смысл многих явлений: существования, любви, страдания. Формирование же невротических симптомов может быть описано в рамках ноогенного механизма как разновидность нигилизма — представления о том, что бытие не имеет смысла вообще.

Приведенные выше наиболее известные западные теории и концепции неврозогенеза не всегда четко разделяют собственно невротические расстройства и характерологические девиации, способствующие невротическому симптомообразованию. Понятие «невротик» нередко используется этими авторами не в медицинском (нозологическом) смысле и смешивается с понятиями отклоняющегося поведения, что нельзя признать справедливым. Значимость же перечисленных теорий состоит в том, что становление невротических симптомов рассматривается в неразрывной связи с личностно-характерологическим (индивидуально-типологическим) преморбидом пациента. Каждая из концепций претендует на описание типичных черт человека, которого вправе обозначить «потенциальным невротиком».

Психическая травматизация, личностно-характерологический преморбид и неврозогеиез

В настоящее время объединяющими различные психологические подходы к оценке значимых сторон неврозогенеза Факторами являются: *психическая травма и преморбидные пси-*

хологшескиеособенностиличностииеебазовыхпараметров-темпераментаихарактера.

Психической травмой называется жизненное событие, затрагивающее значимые стороны существования человека и приводящее к глубоким психологическим переживаниям. Психическая травма, как событие или ситуация, стоит в ряду иным жизненных ситуаций. Согласно классификации D.Magnusson, существует пять уровней определения ситуации:

1. Стимулы — отдельные объекты или действия.
2. Эпизоды — особые значимые события, имеющие причину и следствие.
3. Ситуации — физические, временные и психологические параметры, определяемые внешними условиями.
4. Окружение — обобщающее понятие, характеризующее типы ситуаций.
5. Среда — совокупность физических и социальных переменных внешнего мира.

К невротическим расстройствам могут приводить как эпизоды и ситуации, так и окружение, и среда. Психотравмирующими они становятся не только в связи с масштабностью или катастрофичностью. При анализе фактора психической травмы выделяются следующие ее характеристики:

- интенсивность,
- смысл,
- значимость и актуальность,
- патогенность,
- острота появления (внезапность),
- продолжительность,
- повторяемость,
- связь с преморбидными личностными особенностями.

По мнению Г.К.Ушакова, по интенсивности психических травм их нужно делить на: 1) *массивные (катастрофические),* внезапные, острые, неожиданные, потрясающие, одноплановые: а) сверхактуальные для личности, б) неактуальные для личности (например, природные, общественные катастрофы, интактные для данного индивидуума); 2) *ситуационные острые* (подострые), неожиданные, многопланово вовлекающие

личность (связанные с утратой социального престижа, с ущербом для самоутверждения); 3) *пролонгированные ситуационные,* трансформирующие условия многих лет жизни (ситуация лишения, ситуация изобилия — кумир семьи): а) осознаваемые и преодолимые, б) неосознаваемые и непреодолимые; 4) *пролонгированные ситуационные,* приводящие к осознанной необходимости стойкого психического перенапряжения (истощающие): а) вызываемые самим содержанием ситуации, б) вызываемые чрезмерным уровнем притязаний личности при отсутствии объективных возможностей для достижения в обычном ритме деятельности.

В.Н.Мясищев делил психические травмы на *объективно-значимые и условно-патогенные,* подчеркивая тем самым семантическую роль события. Под объективно-значимыми понимаются жизненные события (психические травмы), значимость которых можно считать высокой для подавляющего большинства людей — смерть близкого, развод, увольнение и пр. Условно-патогенными называют события, которые становятся психическими травмами, вызывающими переживания в силу особенностей иерархии ценностей человека (к примеру, потеря марки из коллекции филателиста). Широко распространена в западной психиатрии шкала Holmes-Rahe, с помощью которой каждому жизненному событию приписывается строго определенный и неизменный, выраженный в баллах коэффициент. На основании суммы баллов предлагается судить о силе и интенсивности психического воздействия жизненных событий. Так, наивысшее количество баллов за травмирующее влияние приписывается смерти супруга (100 баллов). Далее следуют: развод (73 балла), разлука супругов (65), тюремное заключение (63), смерть родных (63), женитьба (50), примирение супругов (45), выход на пенсию (45). Авторы включили в шкалу стресса даже такие ситуации, как заклад или заем суммы денег. Причем если заклад или заем не превышает 10 тысяч долларов, то это дает 17 баллов по шкале стресса, а свыше 10 тысяч — 31 балл. На основании простого арифметического подсчета баллов предполагается, что можно в процентах априорно оценить риск возникновения невроза. Шкала Holmes-Rahe, несмотря на очевидную субъективность и недостоверность, до настоящего времени широко используется в научных исследованиях, затрагивающих проблемы неврозогенеза.

Актуальный конфликт, формирующийся на базе психической травмы, по мнению N.Peseschkian, складывается из жизненных событий и микротравм, роль которых выделяется этим автором особенно. К последним относятся, к примеру, такие, как непунктуальность, нечистоплотность, несправедливость, непорядочность, неверность участника коммуникативного процесса. Подобные микротравмы, действуя ежедневно и монотонно, способны вызвать и сформировать невротическую симптоматику. Таким образом, на первый план выдвигаются не столько значимость или интенсивность психотравмирующего воздействия, сколько повторяемость, однотипность и длительность микротравм, которые входят в противоречие с представлениями человека о «правильных качествах» партнера.

По мнению Б.Д.Карвасарского, существуют два подхода к построению классификации невротических конфликтов. К первому относятся попытки феноменологии психотравмирующих обстоятельств и оценки их значимости в неврозогенезе. Однако гораздо большее значение, по мнению многих современных исследователей, представляет классификация по генезу участвующих внутренних личностных механизмов развития конфликтов. В историческом плане интересен подход В.Н.Мясищева, который рассматривал **три основных типа невротических конфликтов:** *истерический, обсессивно-психастенический и неврастенический.*

Подобный подход предопределял значимость не столько психической травмы в изолированном виде, сколько базовых психологических параметров личности. Первый из отмеченных типов конфликтов (истерический) определяется чрезмерно завышенными претензиями личности, всегда сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий или требований окружающих. Следует подчеркнуть, что его отличает превышение требовательности к окружающим над требовательностью к себе и отсутствие критического отношения к своему поведению. В генезе этого типа конфликта существенное значение приобретают история развития личности и процесс формирования системы ее жизненных отношений. Второй (обсессивно-психастенический) тип невротического конфликта обусловлен противоречивыми собственными внутренними тенденциями и потребностями, борьбой между желанием и долгом, между мо-

ральными принципами и личными привязанностями. При этом, если даже одна из них и становится доминирующей, но продолжает встречать сопротивление другой, создаются благоприятные возможности для резкого усиления психического напряжения и возникновения невроза навязчивых состояний. Конфликт третьего типа (неврастенический) представляет собой противоречие между возможностями личности, с одной стороны, ее стремлениями и завышенными требованиями к себе — с другой. Особенности конфликта этого типа чаще всего формируются в условиях, когда постоянно стимулируется нездоровое стремление к личному успеху без реального учета сил и возможностей индивида.

Как видно из представленной точки зрения, В.Н.Мясищев в неврозологическом ракурсе был нацелен на поиск морально-нравственных и социально-психологических характеристик человека, формирующих при встрече с психотравмирующей ситуацией особый, типичный стиль невротического поведения. Учение о трех типах невротического конфликта явилось продолжением и развитием теории системы отношений личности, в которой основной упор делался на изучении *механизмов «продуцирования психических травм»*, бессознательного приписывания тем или иным жизненным событиям психического звучания с последующим аффективно проявлявшимся комплексом внутриличностного конфликта. При этом выделялась роль характерологических особенностей.

При анализе работ психологов и психиатров, нацеленных на выявление **специфических** преморбидных **психологических особенностей** больных неврозами, отмечается теоретическая и экспериментальная разработка нескольких феноменов и процессов: темперамента, характера, личности, а также отдельных психических функций. На патогенетическую значимость особенностей *высшей нервной деятельности указывал* еще И.П.Павлов. Основными поставщиками неврозов, по И.П.Павлову, являются крайние варианты нормы, прежде всего слабый тип, однако не исключено их возникновение и у представителей сильного типа при значительной выраженности патогенного воздействия. Неврастения возникает у людей со слабым или сильным неуравновешенным (безудержным) и повышенно-тормозным типом, средним в отношении сигнальных систем; истерия — у представителей слабого художественного типа с преобладанием подкорковой деятельности над корковой; психа-

стения (которую И.Л.Павлов относил к неврозам) — у людей мыслительного типа с болезненным преобладанием кортикальной деятельности над субкортикальной.

В современной психологической и психиатрической литературе, наряду с темпераментом, большое значение в этиопатогенезе неврозов придается и иным психологическим параметрам человека. Существенными для неврозогенеза являются особенности, в частности, *акцентуации характера*. Широкую известность приобрело положение V.Magnan об обратно пропорциональной зависимости между ранимостью нервной системы и массивностью психической травмы, необходимой для развития невроза: чем более ранима (чувствительна), чем больше предрасположена («невропатизирована, психопатизирована») нервная система, тем меньшая интенсивность психической травмы необходима для ее поражения. Б.Д.Камвасарский, рассматривая взаимоотношения особенностей характера (в норме и при патологических формах) и неврозов, считал, что, если в прошлом весьма распространенной была точка зрения, что «поставщиками» неврозов, как правило, являются психопаты, а основные формы неврозов представляют собой декомпенсации соответствующих им типов психопатий (истерия — истероидная психопатия, неврастения — астеническая психопатия, невроз навязчивых состояний — психопатия психастенического круга), то в настоящее время в отечественной психиатрии прочно утвердилось представление, что неврозы могут возникать у лиц, и не страдающим психопатиями, а также без сколько-нибудь выраженных психопатических черт характера. Если идти по пути сближения психогенных декомпенсаций психопатий с неврозами в *узком* смысле слова, то, естественно, в случаях психопатий невроз выступает как рецидивирующее заболевание, так как психогенные срывы могут возникать в обычных жизненных условиях, становясь как бы предпочтительным типом реагирования. У человека же без психопатических особенностей невроз может быть и единственным эпизодом в жизни, возникающим, однако, под влиянием действительно патогенной психотравмирующей ситуации.

С представленной точкой зрения согласны далеко не все исследователи. В частности Ю.А.Александровский считает, что существующее в настоящее время разделение неврозов и психопатий на основании характерных для первых из них

«психогенности» и «функциональности», а для вторых — «биологичности» и «органичности» носит сугубо относительный характер. Такое разделение имеет значение для описания клинических форм и вариантов пограничных состояний, определения их прогноза, но не является принципиальным для понимания различий в определяющих их патофизиологических механизмах. Эти механизмы являются скорее общими, а не различными и при неврозах, и при психопатиях. Клинические картины, характерные для «истинных неврозов», могут быть обозначены как «невротические синдромы» безотносительно к основному этиопатогенезу заболевания в целом. Чтобы они реализовались, требуется сочетание врожденно-конституциональных, соматогенно-органических и личностно-ситуационных факторов в их различной комбинации.

Если в вопросе о значимости патологической характерологической «почвы» на неврозогенез существуют различные точки зрения, то роль акцентуаций характера выделяется практически всеми учеными. Наличие акцентуаций характера в условиях психотравматизации может стать благоприятной почвой для возникновения неврозов и невротических развитии. К тому же отдельным типам акцентуации характера свойственны определенные формы невротических расстройств. Астеноневротический и лабильный типы акцентуаций предрасполагают в соответствующих условиях к возникновению неврастении; сенситивный, психастенический и, реже, астеноневротический служат благоприятной почвой Для развития обсессивно-фобического невроза. Истерический невроз возникает на фоне истероидной или, реже, при некоторых смешанных с истероидным типах: лабильно-истеродном, истероидно-эпилептоидном, реже — шизоидно-истероидном. Подчеркивая значение выделения понятия «акцентуация характера» для клиники неврозов, А.Е.Личко отмечает, что от типа акцентуации зависят не только особенности клинической картины невроза, но и избирательная чувствительность к определенного рода психогенным факторам, поскольку очевидно, что невротическая декомпенсация может быть облегчена психотравматизацией, предъявляющей Чрезмерные требования к *«месту наименьшего сопротивления»* Данного типа акцентуации.

В психологических работах анализом особенностей темперамента и характера исчерпываются исследования предрас-

полагающих к неврозам факторов. Если же рассмотрению подвергаются некоторые *личностные качества,* то чаще всего их круг не широк и строго предопределен методико-теоретической базой исследования. В.Н.Мясищев предлагал оценивать степень психотравмирующего влияния ситуации в зависимости от системы отношений личности — ценностных ориентации человека. Было выделено три группы людей в зависимости от сферы жизни, которая, по их мнению, является принципиально важной и в которой сосредоточен *«смысл жизни»*. Для каждой из этих групп психические травмы оказались различными. В первой группе людей, ценности которых были сосредоточены *в семье,* психотравмирующим в большей степени становился развод, смерть родственника, болезнь ребенка или родителя, семейные конфликты. Для второй группы людей, ориентированных на *ценности карьеры,* служебного статуса, невроз возникал после таких психотравм, как увольнение с работы, понижение в должности, двойка на *экзамене*. В третьей группе людей, значимой для которых являлась *область хобби,* психотравмой становилась, к примеру, утрата коллекции. В некоторых психологических работах была отмечено (Федоров А.П., Малкова Л.Д.), что у лиц без значительных патологических отклонений и акцентуаций характерра имеется особая степень выраженности некоторых преморбидных особенностей темперамента, характера и личности. Для группы больных неврастенией оказались характерными повышенная ответственность и добросовестность в сочетавнии с высокой чувствительностью к критике. Они отличались хорошей работоспособностью и активностью при наличие высокой интенсивности и продолжительности эмоций и достаточно выраженной тревожности. Наряду с этим в характерре больных неврастенией выявлялись низкие показатели уступчивости при средней степени выраженности таких качеств, как решительность, фрустрационная толерантность и адаптивность. Больные истерией в преморбиде отличались завышенной самооценкой, эгоистичностью и эгоцентричностью, относительно высокой активностью, сочетавшейся у них с такими свойствами, как низкая степень решительности и целенаправленности и значительная степень внушаемости и самовнушаемости. У них часто выявлялись сочетания выраженной сенситивности и тревожности с лабильностью и импульсивностью. Высокая потребность в контактах и лидерст-

ве сочеталась со средней степенью уступчивости и ответственности. В преморбиде больных неврозом навязчивых состояний обращала на себя внимание прежде всего низкая степень активности, уверенности в себе, решительности, целенаправленности в сочетании с выраженной тревожностью и мнительностью — черты, свойственные психастеническому типу. Характерным для части больных было сочетание повышенной впечатлительности и чрезмерной чувствительности (при склонности к задержке внешних проявлений эмоциональных реакций), и в связи с этим — наличие постоянной фиксации больных на значимых для них сложных жизненных обстоятельствах, чему способствовала также повышенная склонность их к самовнушению.

В психологической платформе изучения неврозогенеза можно отметить два направления, по разному оценивающих процесс восприятия и осознания информации и его роль в возникновении невротических нарушений. Первое из них позволительно обозначить как акцентированное на количественных показателях информации, второе — на качественных. К первому следует отнести положение и представление М.М.Хананашвили об «информационной триаде», лежащей в основе невроза. В нее включаются: 1) необходимость обработки и усвоения большого объема высокозначимой информации (включая и необходимость принятия решения); 2) хронический дефицит времени, отведенного на такую работу мозга; 3) высокий уровень мотивации. При наличии «информационной триады» закономерно, сточки зрения М.М.Хананашвили, возникает невроз и разнообразные психосоматические расстройства. По мнению П.В.Симонова, невроз — это «болезнь неведения», что, в противовес представлениям М.М.Хананашвили, отражает позицию о патогенетической значимости отсутствия или малого, недостаточного количества информации — неведения о том, что может случиться с человеком в ситуации конфликта, чего от него ждут окружающие и прочее.

Понимание сущности невроза в целом предполагает установление связи между картиной болезненного состояния, процессом ее возникновения и между причиной, ее вызвавшей. Если ближайшие причины заболевания заключаются в личности, в ее взаимоотношениях с условиями, в неправильной переработке ею последних, то отдаленной причиной невроза являлись условия истории развития личности. Это при-

водит к генетическому пониманию нескольких сторон развития невроза: во-первых, невроз является болезнью личности, а сама личность в каждый момент представляет результат ее индивидуальной истории развития, во-вторых, личность развивается в определенных культурных, экономических, политических условиях, определяющих и характер личности, и причины возникновения невроза.

В связи с тем, что дизонтогенез развития обусловливается как биологическими (генетическими, конституциональными и экзогенно-органическими и др.) патогенными факторами, так и неблагоприятными микросоциально-психологическими, средовыми воздействиями в различных комбинациях, ряд авторов указывает на тесное переплетение симптомов психического дизонтогенеза и признаков дезадаптации, на общность биологических и социальных детерминант (lnnerhofer P., 1974; SadowskyK., 1984; Захаров А.И., 1966 и др.), в связи с чем весьма существенным оказывается взаимодействие «реакция-почва», приобретающая патогенетическую значимость при разных типах аномального развития. Г.К.Ушаков (1978) по этому поводу подчеркивает, что «континуум реакция-почва оказывается краеугольным камнем, который лежит в основе практически всех изменений жизнедеятельности организма».

Еще сравнительно недавно понятие «дизонтогенез» трактовалось, по ассоциации с понятием «дизонтогения», как грубое нарушение развития организма в пренатальном периоде. В настоящее же время в понятие «дизонтогенез» стали включать любые искажения онтогенетического развития, выделяя при этом пренатальный и постнатальный дизонтогенез. И если пренатальный дизонтогенез выступал ведущим патогенетическим моментом психического развития и отчасти моментом «выбора» преимущественной локализации повреждения (Сухарева Г.Е., 1955), то психический дизонтогенез постнатального периода развития становился фактором коморбидности, характеризующейся появлением и различным сочетанием симптомов и синдромов, преимущественно пограничного психического реагирования. Таким образом, в последние десятилетия под термином «постнатальный дизонтогенез» стали понимать более легкие формы нарушений психического развития (психического дизонтогенеза), не только структурные, но и функциональные, связанные с расстройствами созревания структур и функций головного мозга (Ковалев В.В., 1973-1985).

Существует два уровня индивидуально-психологических различий в человеке (Русалов В.М.). К первому уровню относятся результативные «содержательные» индивидуальные различия, касающиеся социально обусловленных свойств личности. Ко второму уровню относятся динамические свойства и качества личности, которые обусловливаются преимущественно биологической организацией человека — конституцией. Внутренним содержанием конституции человека является реактивность организма, определяющаяся сочетанием свойств телесности, психодинамики и иных характеристик, отражающих состояние реактивности (Никитюк Б.А., Корнетов Н.А., 1988). Нормальная конституция отражает реактивность организма, не выходящую за пределы физиологических состояний в обычных условиях. Если же проявления реактивности влекут за собой существенное снижение потенциала здоровья, можно говорить об уровнях конституционально-типологической аномальности в частных проявлениях конституции, с одной стороны, и краевых, экстремальных характеристик нормальной изменчивости — с другой. Отношения аномальной патологической конституции и нормальной характеризуются как отношение патологической почвы — «патос» к состоянию нормы (здоровья), в одних случаях, и болезни к состоянию нормы - в других (Боев И.В., Ахвердова О.А., Волоскова Н.Н., 2001).

Необходимо отметить, что переходные формы между здоровьем и болезнью выделяли большинство авторов: непатологические невротические проявления (Александровский Ю.А., 1976), субклинические формы реагирования (Будовский М. П., 1977), синдром психоэмоционального напряжения (Короленко Ц.П., 1978), пронозологические патологические реакции (Жирнов В.Д., 1978), нервно-психическая неустойчивость (СпивакЛ.И., Барабаш В.И., МалинскийД.М., 1979), аномальные личностные реакции (Рыжиков Г.В., 1980), донозологические расстройства (Запускалов СВ., Морогин В.Г., 1983), препатологические психические состояния (Табачников СИ., Пуцай С.А., Найденко СИ., 1988), донозологические состояния (Кутепов Е.Н., 1933) и др. (цит. по Горьковой И.А., 1988).

Приведенные выше мнения, а также данные конституционально-генетической теории А.В.Брушлинского (1987-1996), являющейся продолжением и развитием взглядов СЛ.Рубинштейна (1935—1975) на «психическое как процесс», послужи-

ли основанием для выдвижения гипотезы о существовании лиц, зависимость которых от внешних социальных и экологических влияний гораздо выше, чем в основной популяции. Многолетний клинико-патогенетический анализ результатов психологических, психофизиологических, антропологических и психопатологических исследований пациентов-подростков (Боев И.В., 1991-1999) показал, что помимо обследуемых пациентов, соответствующих клинико-психологическим критериям подростковых акцентуаций и психопатиям, выделялись подгруппы подростков, соответствующих клинико-психологическим критериям аномальной личностной изменчивости, не свойственным ни акцентуациям, ни психопатиям. Кроме этого, определились подгруппы подростков, результаты обследования которых проецировались на границы выборок, что позволяло предполагать наличие вероятностного позитивного или негативного дрейфа личностно-характерологических особенностей.

На основании этого И.В.Боевым и О.А.Ахвердовой (1990— 1999) была сформулирована концепция о личностно-характерологическом континууме подростков, подчеркивающая идею непрерывности и преемственности формирования и развития психического облика человека, которая заполняла известный разрыв, промежуток качественных градаций личностной изменчивости между условной психической нормой и психопатиями как узаконенной (статистически, вероятностно) патологической конституцией личности (Ганнушкин П.Б., 1933; Кербиков О.В., 1961; Личко А.Е., 1985; Ушаков Г.К., 1987). С точки зрения авторов, именно диапазон пограничной аномальной личности (ПАЛ) являлся связующим промежуточным континуальным звеном между психологической нормой и патологической личностной конституцией, представляя собой особый промежуток выраженности и представленности психотипологических, личностных, психофизиологических, антропологических и психопатологических качественных градаций аномальной личностной изменчивости, на системном уровне отличавшихся как от нормы — акцентуаций, так и от психопатий (Боев И.В., 1999).

Социально-стрессовые, экологические и иные экзогенные факторы, деструктивно влиявшие на конституционально-типологическую основу личности и приводившие к снижению функциональной активности индивидуального барьера психи-

ческой и психологической адаптации, истощали психобиологические резервы личности и компенсаторные механизмы. В свою очередь, последние переставали полноценно выполнять свои функции по укреплению, защите мест наименьшего сопротивления в личностно-характерологической, психофизиологической и, в целом, психобиологической структуре индивида. Этому же способствовало то обстоятельство, что среди представителей ПАЛ в значительно большей степени, чем среди акцентуантов, обнаруживались смешанные конституционально-типологические ядра: шизо-истероидные, истеро-эпилептоидные. Общим итогом этого являлась неустойчивая адаптация во внешней среде, проявлявшаяся не только личностными и поведенческими аномалиями, но и различными формами девиантного поведения, пограничными психическими (невротическими) расстройствами. Причем толерантность акцентуантов к деструктивному воздействию внешних факторов была достаточно высока, в отличие от представителей ПАЛ, у которых она проявлялась значительно слабее.

Значимые психотравмирующие воздействия, адресованные к месту наименьшего сопротивления у акцентуантов, приводили к напряжению индивидуального барьера психологической адаптации, к перенапряжению компенсаторных механизмов, что повышало вероятность дрейфа личностно-характерологической изменчивости в сторону границ ПАЛ. Для представителей ПАЛ, в отличие от акцентуантов, не требовалось патогенетически значимых психотравмирующих ситуаций или иных экзогенных патогенетически обусловленных влияний, чтобы произошел «сдвиг» в сторону проявления личностных, поведенческих девиаций и/или пограничных психических нарушений. Длительные, непрерывные социально нестабильные условия общества или воздействия экологических факторов повышали вероятность нарастания процесса изменчивости качественных и количественных психотипологических особенностей в сторону границ патологии.

Различие форм реагирования на социально-психологические и экзогенные воздействия у акцентуантов и представителей ПАЛ наглядно демонстрировали следующие данные, полученные в результате лонгитюдных выборочных обследований подростков-представителей четырех базовых психотипов. Выбор в основе качественной градации испытуемых групп шизоидов, истероидов, эпилептоидов и циклоидов, по

мнению автора концепции И.В.Боева (1999), соответствовал представлениям о типологии высшей нервной деятельности (Павлов И.П., Теплов Б.М., Небылицин В.Д., Русаков Б.М.), типологии темпераментов (Стреляу Я., Доллард Д., Миллер М., Фальков А.И.) или конституциональных психотипов (Кречмер Э., Конрад К., Шелдон У., Ушаков Г.К.).

Данные клинико-психопатологических исследований акцентуантов эпилептоидного типа (эпилептотимиков) подтвердили высокую толерантность к экзогенным и психогенным факторам. Эпизодически возникающие психологические и психопатологические реакции отличались абортивноетью, фрагментарностью и не приводили к личностно-характерологическим декомпенсациям и к невротическим, психосоматическим расстройствам. Среди представителей эпилептоидного психотипа диапазона ПАЛ было замечено, что если в отношении собственно стрессогенного воздействия обнаруживалась достаточная толерантность и социально-психологическая адаптация, то при сочетанном воздействии социально-стрессовых и токсических факторов у эпилептоидов наблюдалась актуализация конституциональных механизмов с развитием пограничных психических расстройств.

У шизоидных акцентуантов (шизотимиков) в ответ на социально-стрессовое воздействие наблюдались непатологические психические сенситивные и/или психастенические переживания. В то же время конституциональные шизоидные радикалы легко давали патологические психические реакции как на социальные, так и на иные экзогенные факторы (экологические, травматические, токсические) в виде субдепрессивно-ипохондрических, субдепрессивно-фобических, обсессивно-ипохондрических и астено-субдепрессивных реакций. Ни у одного из обследованных шизоидных акцентуантов не наблюдалось развития пограничных психических расстройств или процессуальных генетически обусловленных психических заболеваний. В отличие от них у конституциональных шизоидов психопатологические синдромы (так же как и патологические психические реакции) отличались формированием сложной, хотя и нестойкой структуры.

В группе истероидных акцентуантов (истеротимиков) были выявлены следующие особенности. Из всех реакций у истеротимиков наиболее часто встречались патохарактерологические аномальные реакции. Психосоматические реакции на-

блюдались преимущественно в ответ на стрессоры личностно-интимного характера. При сочетанном же воздействии психотравмирующих и экзогенных факторов в виде бытовой алкоголизации, черепно-мозговых травм и т.д. обнаруживалась трансформация реакций в психопатологические синдромы с выраженным вегето-сосудистым компонентом. Представители истероидного психотипа характеризовались большей легкостью формирования аномальной личностной изменчивости, отражая большую вероятность прорыва индивидуального барьера психической и психологической адаптации, более низкую толерантность к экзогенным факторам и, наконец, легкость в развитии личностно-характерологической декомпенсации.

У подростков с циклоидным типом акцентуаций (циклотимиков) в ответ на социальные стрессоры наблюдались патологические реакции, которые отличались яркостью, экзальтированностью, простой эмоциональной структурой с длительностью до двух недель. Особенностью течения реакций было то, что они, заканчиваясь, не оставляли «следов». После завершения реакции настроение циклоидов возвращалось на прежний уровень. У большинства обследуемых представителей циклоидного психотипа регистра ПАЛ наблюдались патологические психические реакции с их последующей трансформацией в психопатологические аффективные синдромы. Их течение отличалось длительностью — не менее 6—12 месяцев, а психопатологические особенности характеризовались вялостью и неяркостью проявлений. Провоцирующими факторами аффективных расстройств у циклоидов служили, в первую очередь, факторы социальной нестабильности. В последующем в развитии синдромов преобладали механизмы автономности, т.е. эндогенеза.

Таким образом, типологические свойства нервной системы, создавая, с одной стороны, неповторимую индивидуальность личности и являясь природной основой темперамента, характера, способностей, а с другой — подвергаясь негативному воздействию дизэмбриогенеза и дизонтогенеза, способствуют аномальной изменчивости высшей деятельности и личности и формируют конституционально-континуальное пространство на органической почве. Представители конституционально-типологического личностного континуума, располагающиеся в диапазоне пограничной аномальной лично-

сти с признаками недостаточности высшей нервной деятельности органического происхождения, под воздействием любых дополнительных неблагополучных внешних воздействий легко демонстрируют срыв индивидуального барьера психической и психологической адаптации. При этом наступающая декомпенсация психобиологического резерва приводит к формированию пограничных психических (в том числе невротических), личностных и поведенческих расстройств, спровоцированных информационно-стрессовыми, социальными и экологическими факторами.

С точки зрения И.В.Боева (2000) невротические реакции, возникающие на фоне церебрастении и формирующиеся под влиянием негативных переживаний, страха, обиды, ревности, а порою и без видимых причин (Сухарева ЕЕ., 1974), являются закономерным следствием конституционально-типологической личностной недостаточности, соответствующей пограничной аномальной личности. Так, характерная неустойчивость настроения и большая реактивная лабильность при истерических реакциях, обусловленных повышенной внушаемостью и самовнушаемостью, чаще соответствует диапазону пограничной аномальной личности и практически не встречается в диапазоне психологической нормы — акцентуациях. В диапазоне нормы подростки с истерическими чертами характера отличаются большей адекватностью при выборе поведенческих стереотипов, в то время как у представителей ПАЛ наряду с невротическими реакциями, развивающимися под влиянием психогенных факторов, могут появляться неврозоподобные состояния, отличающиеся от невротических наличием дополнительной, более грубой органической симптоматики.

Таким образом, можно констатировать, что значимым для формирования невротических расстройств является взаимодействие конституциональной «почвы», проявляющейся в особенностях формирования темперамента, характера и косвенно личности, и психической травматизации.

Глава 2. АНТИЦИПАЦИОННАЯ КОНЦЕПЦИЯ НЕВРОЗОГЕНЕЗА

Теоретические предпосылки

В последние десятилетия благодаря работам отечественных психологов (Фейгенберг И.М., 1963, 1978; Ломов Б.Ф., 1972, 1991; Ломов Б.Ф., Сурков Е.Н., 1980; Брушлинский А.В., **1979** и др.) стала активно разрабатываться проблема вероятностного прогнозирования и антиципации. Эти работы были направлены, в первую очередь, на оценку общепсихологических закономерностей действия вышеупомянутых механизмов. До настоящего времени крайне скудно представлены публикации и научные исследования, затрагивающие функционирование вероятностного прогнозирования и антиципации при неврозах. Однако отдельные исследования (Гульдан В.В., Иванников В.А., 1974; Меницкий **Д.Н., 1981;** Соложенкин В.В., Носков ГГ., 1985) показали перспективность изучения этих психологических феноменов в плане неврозогенеза. Обратимся к указаниям в литературе об этом аспекте проблемы.

По мнению А.М.Свядоща (1982), давно подмечено, что более сильное психотравмирующее действие могут оказывать неожиданные неприятные сообщения, к которым человек не подготовлен. Поэтому прежде чем передать человеку такое сообщение, его стараются как-то подготовить: например, не сообщают сразу о смерти близкого человека, а говорят, что он очень тяжело заболел, что его состояние очень плохое. Степень неожиданности информации может быть определена по формуле Шеннона: I=EP,logPp где I — информация, P, — вероятность одного из исходов.

А.М.Свядощ (1982) подтверждает, что для понимания механизма действия неожиданных психических травм много Ценного может дать концепция вероятностного прогнозирования, поскольку ряд накопившихся экспериментальных Данных и повседневные наблюдения свидетельствуют о том, что в мозге человека протекают процессы прогнозирования и

сличения реально наступившей ситуации с прогнозируемой ситуацией (Бернштейн Н.А., 1966, 1991; Фейгенберг И.М., 1977). Они позволяют организму лучше подготовиться к будущим событиям и поэтому имеют большое биологическое значение. В поведении животных и человека, пишет И.М.Фейгенберг (1963), можно найти много примеров вероятностного прогнозирования. Ласточка, ловящая насекомое, не догоняет его, повторяя путь его полета, а летит «наперерез» — не на насекомое (т.е. на раздражитель), а в некоторую точку пространства, где, в соответствии с прошлым опытом ласточки, она вероятнее всего окажется одновременно с насекомым. Всякое неожиданное изменение ситуации ведет к тому, что наступает рассогласование между имеющейся в данный момент ситуацией, отраженной органами чувств, и той ситуацией, которую ожидал, прогнозировал (предвидел) организм. Чем больше рассогласование (несоответствие) между фактически возникшим сигналом и тем, что прогнозировалось, тем большее количество информации несет этот сигнал, тем более патогенным он может оказаться (Свядощ А.М., 1982).

Кроме того, по мнению И.М.Фейгенберга, процессы вероятностного прогнозирования и сличения, протекающие в мозге, играют существенную роль в возникновении эмоций, вызванных действием информации. Так, реакция испуга возникает при рассогласовании между фактической ситуацией и прогнозируемой; реакции страха — в результате сличения прогнозируемой ситуации с той ситуацией, которая соответствует потребностям организма; разочарование — при рассогласовании между ожидаемым (прогнозируемым) приятным событием и действительностью.

Чувство радости, по мнению А.М.Свядоща (1982), появляется тогда, когда возникает рассогласование между прогнозировавшимся индифферентным или неприятным событием и наступившим приятным событием. Особенно "значима для человека информация, вызывающая необходимость принять решение, что делать теперь, как действовать дальше, т.е. затрагивающая его будущее. Пока решение не принято, не выработана твердая линия поведения (стратегия поведения), сохраняется эмоциональная напряженность, а вместе с тем и возможное психотравмирующее действие ситуации.

По мнению Г.К.Ушакова (1987), совпадающему с вышеприведенными, в психологических особенностях невротиков об-

ращает на себя внимание трудность, а подчас и невозможность предвидеть, прогнозировать всю возможную цепь последующих этапов деятельности в данной ситуации и при данном отношении к ней. Недоразвивается либо редуцируется обратная связь в цельной деятельности, достигшей автоматизации, т.е. естественной неосознаваемости предвосхищения последовательно сменяющих друг друга этапов предстоящей деятельности. Многочисленные наблюдения онтогенеза психики позволили Г.К.Ушакову (1974) утверждать, что механизм антиципации, способность ребенка активно предвосхищать события, формируется лишь после 11—13 лет. Механизм предвосхищения не составляет какую-то частную, избирательную функцию мозга. Всякая сложная система по мере совершенствования приобретает способность предвосхищать дальнейший ход деятельности (Анохин П.К., 1980). Такое предвосхищение заложено уже в самой природе любой системы, каждой из которых свойственны не только прямая, но и обратная связь. При этом обе эти связи взаимно управляют одна другой, что невозможно без участия механизма предвосхищения.

Таким образом, появление способности предвосхищать события в отрочестве и последующее расширение, упрочение антиципации является свидетельством того, что и этот процесс осуществляется по общим законам созревания психики. В таком случае рано возникающие внутренние и внешние обстоятельства, вызывающие ретардацию формирования антиципации, могут привести к тотальной либо парциальной асинхронии рассудочной деятельности вследствие, в частности, недостаточности антиципации (Ушаков Г.К., 1987).

О значимости механизмов прогнозирования писал Ф.Б.Березин (1988), отмечая тот факт, что круг воздействий, которые могут вызвать психический стресс, расширяется, охватывая и непосредственное влияние физических стрессоров, и психические стрессоры, имеющие индивидуальное значение, и ситуации, в которых ощущение угрозы связано с прогнозированием будущих, в том числе и маловероятных, стрессогенных стимулов.

По мнению А.М.Вейна, И.В.Родштат (1979), при неврозах происходит нарушение вероятностного прогнозирования, проявляющееся в устойчивом игнорировании вероятностных частот в статистически однородных средах (предсказуемой и непредсказуемой).

Основные исследования функционирования вероятностного прогнозирования проводились И.М.Фейгенбергом, его сотрудниками, учениками и последователями (Фейгенберг И.М., 1963, 1972, 1977, 1986; Иванников В.А., 1977, 1978; Гуревич . И.И., Фейгенберг И.М., 1977; Журавлев Г.Е., 1977; Клтаев-Смык Л.А., 1977; Ширяев Д.А., 1978,1986; Акопов А.Ю., Случевский Ф.И., 1981; Меницкий Д.Н., 1981; Переслени Л.И., 1976, 1982, 1991). *Под вероятностным прогнозированием* понимается предвосхищение будущего, основанное на вероятностной структуре прошлого опыта и информации о наличной ситуации. Прошлый опыт и наличная ситуация дают основание] для создания гипотез о предстоящем будущем, причем каждой из них приписывается определенная вероятность. В соответствии с таким прогнозом осуществляется преднастройка — подготовка к действиям в предстоящей ситуации, приводящим с наибольшей вероятностью к достижению некоторой цели. Вероятностное прогнозирование входит в систему проблем, разработка которых была начата Н.А.Бернштейном (1966, 1991).

С точки зрения И.М.Фейгенберга (1977), в деятельности человека практически нет ситуаций, в которых вероятностное прогнозирование не играло бы существенной роли. Считается, что способность к вероятностному прогнозированию — результат биологической эволюции в вероятностно организованной среде. Прогнозы живого существа призваны оптимизировать результаты его действий. Поэтому они адекватны именно тем переменным характеристикам среды, от которых зависит успешность действия.

Эволюционно-биологический смысл организации вероятностного прогнозирования с наличием порога очевиден: при практически необозримом числе альтернативных ситуаций организм как бы упрощает эту сложную картину среды (Русалов В.М., 1982,1983; Ширяев Д.А., 1986). Актуальной для него оказывается некоторая упрощенная модель среды, в которой имеется лишь несколько альтернатив, прогнозируемая вероятность которых больше порога. В работах И.М.Фейгенберга и других показано, что ориентировочная реакция, связанная с функционированием аппарата вероятностного прогнозирования, играет решающую роль в организации адаптивных изменений в организме при условиях, когда статистическая структура системы сигналов характеризуется большой энтропией (Фейгенберг И.М., 1963, 1972, 1973; Зингерман А.М., 1973).

В связи с вышеприведенными данными, указывающими на адаптивно-дезадаптивный психологический характер вероятностного прогнозирования, в середине 70-х годов начали проводиться экспериментальные исследования вероятностного прогнозирования при различных психических заболеваниях и состояниях, в частности при шизофрении и очаговых поражениях головного мозга (Фейгенберг И.М., 1973; «Шизофрения и вероятностное прогнозирование», 1973). При этом анализу подвергались различия функционирования вероятностного прогнозирования в рамках психической патологии и психического здоровья.

И.М.Фейгенберг (1977) отмечал, что у здоровых людей прошлый опыт сохраняется в памяти в вероятностно организованном виде. Это значит, что сохраняются следы не только самих событий, имевших место в опыте данного человека, не только временные связи, ассоциации между событиями (например, следы того, что после события А бывали события $B_р$ B_2... $B_п$), но и информация о том, с какой вероятностью P(B1j/A) после события А было событие $B_р$ с какой вероятностью $P(B_2/A)$ наступало событие B_2 и т.д. Использование упорядоченного таким образом в памяти прошлого опыта позволяет осуществлять вероятностное прогнозирование и готовиться к действиям в прогнозируемой ситуации (преднастройка). При шизофреническом дефекте вероятностное прогнозирование и преднастройка нарушаются. Больные действуют так, как будто при сохранности в их памяти событий из прошлого опыта информация о вероятности этих событий дезорганизована, как будто возросла неопределенность вероятностного прогноза предстоящих событий. Прошлый опыт и набор ассоциаций в памяти больных сохраняются («формальная сохранность» таких больных). Нарушенной оказывается способность опираться на вероятностную организацию прошлого опыта. Эту вероятностную дезорганизацию можно охарактеризовать как сглаживание различий между вероятностями наступления различных ситуаций, как рост энтропии в мозговых системах переработки информации.

Изучение вероятностного прогнозирования при неврозах, проведенное В.В.Соложенкиным и Г.Г.Носковым (1985), показало, что при неврозах прогнозирование существенно нарушается, причем характер и степень этих нарушений зависят от формы невроза. Особенности прогнозирования у больных

неврозами играют определенную роль в формировании компенсаторных механизмов, что, по мнению авторов, может послужить основой для патогенетически ориентированных методов психотерапии. Выводы, к которым пришли В.В.Соложенкин и Г.Г.Носков (1985), основывались на типичных для оценки вероятностного прогнозирования психологических экспериментах с использованием таких методик, как выбор двух различных стимулов в случайной последовательности, а также перцептивные иллюзии Шарпантье и Мюллера-Лайера. Следует отметить, что в современных исследованиях круг методик, используемых для оценки функционирования вероятностного прогнозирования, не выходит за рамки направленных на оценку сфер психической деятельности и практически не включает личностных методик.

По мнению Д.Н.Меницкого (1981), при неврозах появляется стратегия вероятностного безразличия, что может быть результатом патологической подвижности вероятностного динамического стереотипа: количество переходов на выбор другой альтернативы у больных неврозами значительно возрастает после подкрепления, что говорит об упрощенной стратегии прогностической деятельности.

Анализ работ по изучению вероятностного прогнозирования при психической патологии демонстрирует существенные отклонения по этому показателю по сравнению с психически здоровыми лицами. Однако за бортом исследований остается принципиальный вопрос о месте нарушений вероятностного прогнозирования в этиологии и патогенезе психических расстройств. Подавляющее большинство исследований исходит из позиции о вторичном характере нарушений вероятностного прогнозирования при психической патологии. Не подвергаются изучению преморбидньте особенности пациентов в области «способностей» к вероятностному прогнозированию.

Обсуждение вопросов вероятностного прогнозирования невозможно без реминисценции о понятии «вероятностного ожидания», которое ввел в психологический лексикон E.Branswik (1943 — цит. по Асмолову А.Г., 1977). С точки зрения E.Brunswik, описание законов поведения должно носить вероятностный характер, так как между явлениями внешнего мира существует вероятностная связь. Во внешней стимуляции E.Brunswik выделял три параметра: 1) вероятностное по-

явление стимула, 2) вероятностное распределение стимулов, 3) значимость стимулов для организма. При этом оценка будущего в самом примитивном случае происходит по известной формуле: «Если произошло событие А, то увеличивается вероятность появления события В, на которое нужно прореагировать способом С». По мнению А.Г.Асмолова (1977), чем выше ступень организма на лестнице эволюции, тем выше чувствительность к вероятностной структуре среды, тем точнее он оценивает будущее. Известно, что крысы, например, не могут отличить вероятностное отношение 75:25 от равновероятного 50:50 (E.Brunswik, 1943).

Таким образом, с точки зрения цитировавшегося выше автора, ожидание есть результат обучения организма вероятностной структуре среды, что указывает на значимость социализации для становления этого психологического феномена.

В ряду психологических процессов, направленных на предсказание будущего, выделяется три процесса — *вероятностное прогнозирование,* нацеленное на построение беспристрастной математической модели будущего; *экспектация* — ожидание, т.е. эмоционально окрашенное и мотивационно подкрепленное представление о будущем с привлечением характеристик желанное-нежеланное; а также *антиципация,* подразумевающая кроме вышеперечисленных деятельностный аспект.

Под *антиципацией* в психологии понимается способность (в самом широком смысле) действовать и принимать те или иные решения с определенным временно-пространственным упреждением в отношении ожидаемых, будущих событий (Ломов Б.Ф., 1984, 1991; Ломов Б.Ф., Сурков Е.Н., 1980). В Деятельности человека невозможно найти такие ситуации, в которых антиципация не играла бы существенной роли. Можно сказать, что антиципация как психологический феномен в его разнообразных формах имеет универсальное значение для всех сторон деятельности человека. Эта ее уникальная способность, по мнению Б.Ф.Ломова (1991), связана с тем, что для человека наиболее типичным является не только отражение настоящего, не только сохранение прошлого, но и активное овладение перспективой будущего. Уже в начале любой деятельности у человека имеется мысленная модель (в Форме представления) тех или иных ожидаемых результатов. В этой связи антиципация может относиться и распространяться на разные стороны жизнедеятельности субъекта, что в

равной мере может касаться как будущих изменений окружающей человека обстановки, так и изменений его социального **положения,** тех или иных норм поведения, самоконтроля за своими действиями и действиями других людей (Ломов Б.Ф., Сурков Е.Н., 1980).

Термин «антиципация» как специальная психологическая категория был введен в психологию W.Wundt (1880). В его трактовке возможность антиципации возникает благодаря синтезу простейших элементов психического, однако при непременном воздействии на этот синтез «творческих производных».

Психологические исследования последних лет отчетливо демонстрируют существенную роль антиципации в мыслительном процессе (Лисичкин В.А., 1972). По мнению Б.Ф.Ломова и Е.Н.Суркова (1980), мышление позволительно обозначить как прежде всего предвидение. Антиципация, базирующаяся на «забегающей» вперед работе мозга, представляет собой проявление познавательной активности субъекта, позволяющей в ответ на стимулы, действующие только в настоящем, предугадывать или предвосхищать еще не наступившие события, используя накопленный в прошлом опыт, и быть готовым к ветрече с ними. С.Л.Геллерштейн отмечал, что «ни одно суждение, ни один акт мышления не строятся каждый раз заново, они несут в себе прошлое... В действиях же отражается не только раздражитель в собственном значении этого слова, но еще не оформившиеся изменения в обстановке, подчас дающие о себе знать как бы намеками — в виде предвестников о едва уловимых очертаниях ближайшего будущего».

Б.Г.Ананьев (1968) обратил внимание на факт многообразия форм и проявлений антиципации, участвующей в когнитивных и регуляторных структурах действий человека. Он подчеркивал, что в ходе исторического развития техники и культуры различные когнитивные и регуляторные новообразования у человека постоянно эволюционируют, и при том в разных направлениях (Ананьев Б.Г., 1968). Особенно это относится к когнитивному компоненту антиципации. Однак рассматривать проблему антиципации только в связи с развитием интеллекта и познавательными процессами, по мнению Б.ФЛомова (1991), — значит учитывать лишь один из аспектов проблемы. Ибо антиципационным процессам несомненно принадлежит ведущая роль в регуляции поведения. Эти процессы выступают в роли ведущего звена механизма психи-

ческой регуляции поведения и деятельности. Именно антиципация обеспечивает формирование цели, планирование и программирование поведения и деятельности, она включается в процессы принятия решения, текущего контроля и в коммуникативные акты. Единство когнитивной и коммуникативной функций психики проявляется в эффектах антиципации отчетливым образом, так как любой акт общения человека с другими людьми (от самых элементарных до сложнейших форм организации совместной деятельности) всегда неизбежно включает антиципационные процессы. «Отнимите у человека способность антиципировать события, и адекватное поведение субъекта в ходе общения будет нарушено» (Ломов Б.Ф., Сурков Е.Н., 1980).

К сожалению, коммуникативная функция психики изучена еще недостаточно, особенно в аспекте антиципационных механизмов. К тому же приведенное выше высказывание о значимости антиципации в формировании адекватного поведения может оказаться существенным и даже принципиальным для изучения процессов неврозогенеза.

В исследованиях нейрофизиологических механизмов антиципации важнейшее значение, как указывалось выше, имеют теория функциональной системы, разработанная П.КАнохиным (1962, 1968); принципы биологической активности и управления движениями, которые были сформулированы Н.А.Бернштейном; концепция «нервной модели стимула», предложенная Е.Н.Соколовым. Под функциональной системой П.К.Анохин понимал центрально-периферическое образование, обеспечивающее достижение при помощи саморегуляции определенного приспособительного эффекта. Ранее господствовавшее представление о рефлекторной дуге не могло с достаточной полнотой объяснить так называемые «Целесообразные» акты поведения. На основе этого представления невозможно было понять соотнесение реакции животных с понятием «цели» как будущего результата действия, на который оно направлено. Теория функциональной системы как целостного образования, подчиненного получению определенного приспособительного эффекта, открывает путь к исследованию именно «целесообразных» актов поведения.

Б.Ф.Ломов и Е.Н.Сурков (1980) выделяют несколько уровней антиципации: сенсомоторный, перцептивный, уровень представлений, речемыслительный (вербально-логический),

субсенсорный. Кроме того, авторы не подвергают сомнению существование коммуникативного уровня, наличие которого **требует,** с их точки зрения, доказательства с помощью психологических экспериментов. «В названии уровней, — пишут они, — содержится некоторая условность. Они объединяют] преимущественные когнитивные компоненты антиципации, но не указывают особенностей психической регуляции деятельности действий, осуществляемой этим уровнем».

Сенсомоторный уровень — это генетически ранняя форма антиципации, существенно влияющая на характер подготовительных операций к ожидаемым воздействиям. Антиципирующий эффект является здесь выражением относительно элементарного временно-пространственного обнаружения различения и опережения стимула.

Перцептивный уровень характеризуется определенным усложнением интеграции психических процессов, следствием которого является установка индивида на конечный эффект и синтез прошлого опыта; здесь используются локальные антиципирующие схемы в форме вторичных образов-представлений, которые позволяют представить возможные реакции, результат в соответствии заданному критерию.

Уровень представлений предполагает активное использование «структурных» схем, хранящихся в оперативной и долговременной памяти. На этой основе возникает особый специфический эффект панорамного предвосхищения. Панорамные образы в различных формах их проявления весьма характерны для деятельности человека, так как ему приходится ориентироваться не только на то, что он видит перед собой непосредственно, но и на то, что находится «за его спиной» и чего еще нет, но должно стать. Эффект панорамного предвосхищения переживается человеком как временно-пространственная непрерывность той сферы, в которой он действует и будет действовать в ближайший отрезок времени.

Речемыслительный (вербально-логический) уровень, т.е. уровень преимущественно интеллектуальных операций, связан с еще большим усложнением интеграции психических процессов и появлением других качественно новых форм предвосхищения. На данном уровне становится возможным более глубокое и широкое обобщение, а также классификация ситуаций, что связано с усилением влияния семантического фактора при использовании внешней и внутренней речи. На этой

основе и осуществляется внеситуационное, заблаговременно упреждающее планирование действий до наступления ожидаемых событий, составляется метаплан наряду с планами, определяющими ситуативные действия человека.

Субсенсорный уровень — это уровень неосознаваемых нервномышечных преднастроек и движений, обеспечивающих многообразие тонических и познотонических эффектов, с которыми связано выполнение предстоящих действий (Ломов Б.Ф., Сурков Е.Н., 1980).

Подробно представленный обзор литературы по малопересекающимся до настоящего времени вопросам неврозогенеза и функционирования антиципационных механизмов направлен, в первую очередь, на отражение факта актуальности изучения проблемы влияния антиципации и вероятностного прогнозирования на патогенез невротических нарушений. Несмотря на единичность и фрагментарность исследований подобных связей, можно было предполагать, что они существуют и являются немаловажными.

Клиническое обоснование антиципационной концепции неврозогенеза

В настоящее время можно считать доказанным участие механизмов вероятностного прогнозирования и антиципации в этиопатогенезе невротических расстройств, что нашло отражение в **антиципационной концепции неврозогенеза** (Менделевич В.Д., 1988—2001). Суть ее заключается в рассмотрении этиопатогенеза невротических расстройств в неразрывной связи с антиципационными процессами на различных уровнях (психологическом и психофизиологическом). Неврозогенез видится как результат неспособности личности предвосхищать ход событий и собственное поведение во фрустрирующих ситуациях, что обусловлено преморбидными особенностями *«потенциального невротика»,* названными антиципационной несостоятельностью. Личность, склонная к невротическим расстройствам, исключает из антиципационной деятельности нежелательные события и поступки, ориентируясь всегда лишь на Желательные. В связи с этим, попадая в неспрогнозированную, неблагоприятную и вытесненную в связи с этим из «ситуационного сценария» жизненную коллизию, человек оказывается в цейтноте времени для применения совладающего повидения. И даже если система психологической компенсации

у него функционировала нормально, то в условиях расхождения прогноза и при крайней выраженности эмоциональных переживаний (обиды, разочарования, недоумения), связанных с этой прогностической ошибкой, человек может не использовать потенциальных возможностей к совладанию с ситуацией и заболеет неврозом.

С целью выявления и оценки роли антиципационных механизмов в формировании невротических расстройств нами были обследованы больные с невротическими реакциями и невротическими состояниями (150 больных) и невротическими развитиями личности (54 больных). Невротические расстройства проявлялись неврастенией (82 чел.), обсессивно-компульсивным расстройством (28 чел.) и диссоциативными (конверсионными) расстройствами (40 чел.). Феноменологически неврастения у обследованных больных выражалась в раздражительности, эмоциональной лабильности, непереносимости громких звуков, яркого света, периодах негодования в случаях критики или осуждения со стороны окружающих за те или иные поступки, снижении работоспособности в силу быстрой утомляемости, проявлялась физической слабостью и сонливостью в течение дня, отмечались нарушения сна с преобладанием расстройств засыпания, кошмарных сновидений при отсутствии чувства свежести после пробуждения. То есть в клинической картине заболевания больных преобладали гиперстенический либо гипостенический варианты неврастении, либо (что встречалось чаще) отмечалось сочетание или чередование гиперстенических и гипостенических проявлений.

У 72,0% пациентов заболевание было вызвано семейными неурядицами (разводом или его угрозой, изменой супруга, смертью родственника или тяжелой его болезнью, вынуждавшей окружающих взять на себя тяготы ухода за родственником, конфликтами и недовольством отдельными чертами характера мужа или жены, непослушанием детей и прочими). У 24,0% больных наблюдалось развитие неврастении после служебных неприятностей (сокращения на службе, увольнения с работы, конфликтов с сослуживцами и начальством, не повышением или понижением по службе и т.д.). Подобное распределение психотравмирующих событий наблюдалось и в группах больных с обсессивно-фобическим и диссоциативным расстройствами.

Тревожно-фобическое и обсессивно-компульсивное расстройства у наблюдавшихся пациентов проявлялись как прави-

ло фобическим вариантом, что выражалось в навязчивом страхе больных заболеть каким-либо соматическим, инфекционным или иным тяжелым заболеванием, с формированием ограничительного ритуального поведения. Синдромально преобладали тревога и депрессия с пессимистической оценкой будущего, сужением круга общения и интересов, с нарушениями сна и другими типичными симптомами. Обсессивно-компульсивное расстройство у обследованных больных возникало вслед за такими психотравмами, как смерть или болезнь близкого или знакомого человека, конфликты в семье или на работе, вследствие которых появлялся вегетативный симптомокомплекс, в дальнейшем выступавший в качестве основы формирования невротических страхов и ананказмов.

В рамках диссоциативных расстройств отмечалась конверсионная симптоматика с афонией, астазией-абазией и функциональными парезами верхних или нижних конечностей. Психотравмы по своей сути практически не отличались от таковых при неврастении и обсессивно-компульсивном расстройстве.

Учитывая направленность интереса исследования на антиципационные параметры психической деятельности, в первую очередь обращалось внимание на остроту возникновения психической травмы и ее длительность. Данные анализа этого параметра представлены в таблице 1.

Таблица 1

Особенности характера психотравмы в зависимости от формы невротического расстройства

Психотравма	Неврастения	Диссоциативные расстройства	Обсессивно-компульсивное расстройство
^страя	19,5%	30,0%	21,4%
_П_ОДострая	29,3%	40,0%	35,7%
Хроническая	51,2%	30,0%	42,9%

Приведенное в таблице разделение психотравмирующих событий и обстоятельств на острые, подострые и хронические следует признать до определенной степени условным. Острой психотравмой считается жизненно важное событие, возникающее неожиданно для человека и длящееся от нескольких часов до нескольких суток (например, смерть близкого, факт измены, предательства, увольнение с работы). К подострой Психотравме относятся ситуации, травмирующее действие

которых длится несколько недель, а к хронической — продолжающиеся несколько месяцев (к примеру, угроза развода, увольнения или сокращения штатов, хроническая болезнь близкого и т.д.)- Как видно из приведенных в таблице данных, достоверных различий по характеру психотравм между пациентами с разными невротическими расстройствами не наблюдалось. Отмечалась лишь тенденция к преобладанию острых психотравм у больных с диссоциативным расстройством и хронических у пациентов с неврастенией.

Анализ параметра остроты психотравмы требовал уточнения клинических позиций, поскольку в психиатрическую литературу и практику прочно внедрился тезис об этиопатогенетической значимости для невротических расстройств хронического характера психотравмирующего влияния. Клинические наблюдения больных показали, что хроническая психотравма — это далеко не стойкое и однородное явление. Несмотря на тот факт, что со стороны действие психотравмирующего агента представляется хроническим, постоянным, неизменным по силе и качеству, субъективно оно воспринимается как череда различных психотравм, отличающихся друг от друга новыми сторонами действия. Подавляющее большинство обследованных пациентов, заболевание которых началось после так называемой хронической психотравмы, на вопрос о характере и причинах своего заболевания отвечали, что «дело это тянется долго», «натянутые отношения с начальником у нас уже несколько лет», «муж держит меня в напряжении более полугода, угрожая уйти к другой». Однако уточнение характера воздействия на психическое самочувствие жизненных событий показывало, что у всех пациентов периоды угрожающего характера ситуаций и поведения окружающих чередовались с периодами спокойного отношения к тем же ситуациям и даже с полной нормализацией взаимоотношений с начальством, мужем-женой и прочими участниками событий. В рамках так называемой хронической психотравмы у больных отмечались резкие колебания этих взаимоотношений от безудержной симпатии и оптимистической уверенности в близком человеке или окружении до негодования и полного разрыва эмоциональных отношений. Каждое новое ухудшение отношений с участником конфликта — «стрессором» воспринималось пациентами как неожиданность, как обман, как «удар ниже пояса» («ведь все как будто бы наладилось», «кто мог ожидать такого пово-

рота событий и возврата к прежней ссоре» и пр.). Ретроспективно в момент обращения к психиатру (который, естественно, приходился на период конфликта) прошедшая цепь событий для пациента сливалась в процесс, и весь период рассматривался лишь с негативной точки зрения. Это позволяло больным при встрече с врачами указывать на продолжительность психотравмирующей ситуации (а не ситуаций, что вернее), а психиатрам — оценивать это психотравмирующее влияние как хроническое. Следует отметить, что в преморбиде обследованных больных с невротическими расстройствами, которые оценивали события, предшествовавшие их заболеванию, как острые или подострые, так же как и у пациентов с так называемым хроническим характером психотравмы отмечались психологически сложные жизненные ситуации, которые при необходимости можно было бы «увязать» в систему с собственно психогенным случаем. Однако сами пациенты не были склонны к гротескному объединению эмоционально окрашенных сторон своей жизни, реально оценивая и разъединяя периоды тягостных психологических переживаний и периоды эмоциональной устойчивости.

Полученные данные о характере и продолжительности психотравмирующих событий у обследованных больных с неврастенией, обсессивно-компульсивным и диссоциативными расстройствами дают основание предполагать значительную роль субъективного фактора в оценке хроничности психотравм. Так же как каждому жизненному событию субъект в зависимости от ценности затрагиваемых сторон существования субъективно приписывает травмирующее психику влияние, так и совокупность жизненных событий субъективно укладывается в патогенную систему, действие которой расценивается как непрерывное и иногда фатальное.

С точки зрения изучения антиципационных механизмов интерес представляла также оценка характера ожидаемости — Неожиданности события, которое впоследствии становилось психической травмой.

Как показывали клинические исследования, для 62,7% обследованных больных события, вызвавшие невроз, оказались Неожиданными, 12,0% предполагали, что «подобное могло Произойти», но «не придавали значения своим размышлениям о будущем», а 25,3%, ретроспективно оценивая неожиданность ситуации, указали на тот факт, что «всегда думали, что

самое тяжелое (к чему относилось и психотравмирующее событие) обязательно произойдет» с ними. Как видно из приведенных данных, субъективно большинство обследованных пациентов с невротическими расстройствами оценивали психотравмирующую ситуацию как неожиданный поворот событий, причем по этому показателю преобладали ответы пациентов с неврастенией 78,1% по сравнению с 70,0% больными с диссоциативными расстройствами и 71,4% — с обсессивно-компульсивным расстройством. Ретроспективно фаталистическую позицию чаще занимали пациенты с обсессивно-компульсивным и диссоциативными расстройствами (соответственно 28,6% и 35,0% по сравнению с 22,0% больных неврастенией). Интересные корреляции были выявлены при сопоставлении параметра ожидаемости-неожиданности не столько с формой невротических расстройств, сколько с преморбидными характерологическими особенностями. Распределение последних по группам представлено в таблицах 2 и 3.

Таблица 2

Особенности характерологического преморбида у обследованных больных с различными формами невротических расстройств

[сихический реморбид	Неврастения	Диссоциативные расстройства	Обсессивно-компульсивное расстройство
Гармоничный	68,4%	10,0%	21,4%
акцентуации арактера:			
Истерическая	9,7%	75,5%	
Психастеническая	7,3%		57,2%
Сенситивная	9,7%		21,4%
Эпилептоидная	4,9%	14,5%	

*Таблица 3*1

)собенности характера события в зависимости от преморбидных характерологических особенностей у обследованных больных

Психический преморбид	Характер события	
	«Ожидавшееся»	«Неожиданное»
ГарМОНИЧНЫЙ	9,1%	90,9%
Акцентуациихарактера:		
Истерическая	15,8%	84,2%
Психастеническая	72,7%	27,3%
Сенситивная	40,0%	60,5%
Эпилептоидная	50,0%	50,0%

Как видно из приведенных в таблице 3 данных, неожиданный характер событию, ставшему впоследствии психотравмирующим, приписали 90,9% больных с гармоничным характерологическим преморбидом и 84,2% с акцентуацией характера по истерическому типу, что значительно превысило этот показатель по другим типам акцентуаций. В то же время «ожидавшимся» его назвали в большинстве (72,7%) своем лица с психастеническими и истерическими чертами характера, достигавшими степени акцентуации.

Вследствие клинически обнаруженных закономерностей функционирования психологических механизмов антиципации и экспектации (ожидаемости или неожидаемости психотравмирующих событий как таковых; речь в данном случае не идет об иной стороне этого процесса — ожидаемости психогенных событий) при различном психическом преморбиде интерес представлял клинико-психологический анализ наблюдавшихся акцентуаций характера. В рамках истерического типа акцентуации характера у обследованных больных отмечались такие свойства, как склонность к драматизации событий и явлений, манерность и демонстративность поведения, неустойчивость и гротескность эмоциональных реакций, категоричность в оценке окружающих людей и происходящих событий, повышенная внушаемость и доверчивость, сочетавшаяся с подозрительностью, обидчивостью, предвзятым отношением к некоторым людям. Пациентов с истерическим типом акцентуации характера отличала увлеченность оккультными науками, мистическими религиозными и мировоззренческими интерпретациями действительности. Больные с повышенным интересом, упорством и с ощущением непререкаемости собственных воззрений и неприятием маломальской критики в их адрес и по поводу их мифологических истолкований мира, в ущерб основной работе и семье активно занимались хиромантией, графологией, астрологией. При этом у пациентов формировалось фатальное отношение к происходящим событиям. На основании, к примеру, астрологических прогнозов они строили свою жизнь, планировали будущее. Все происходящее интерпретировалось ими только сквозь призму заданное™, фатальности и неизбежности. Вследствие этого предвосхищение будущего было одномерным, вероятностное прогнозирование практически не проводилось. Другой представленный в наших наблюдениях тип

акцентуации характера — по психастеническому типу — характеризовался чрезмерной мнительностью пациентов, тревожностью по поводу качества совершаемых ими тех или иных действий, повышенной рефлексией и ориентацией на ограничительный, безопасный стиль жизни.

Подобные лица пессимистически оценивали будущее, избегали брать ответственность на себя. После появления каких-либо расстройств здоровья или известий о недугах или смерти близких и знакомых людей часто давали тревожно-депрессивные реакции, расценивали происходящие с ними события как обоснованные. «Я всегда знал, что я фартовый, всегда был уверен, что суждено заболеть раком (гепатитом, бронхиальной астмой и т.д.), — говорили многие наши пациенты, — но наедине с собой я был уверен, что моя активность в сохранении здоровья, внимательном отношении к режиму и санитарно-просветительским предписаниям врачей уберегут меня от трагедии». Частое обращение к врачам у обследованных психастеников (или поиск сочувствия у близких) был направлен на получение подтверждений потаенным и не декларируемым мыслям и избегания мыслей о возможной смерти. Акцентуация характера по сенситивному типу у обследованных больных характеризовалась повышенной ранимостью, чувствительностью, непереносимостью ситуаций психоэмоционального напряжения и особенно конфликтов, в которых пациента упрекали в чем-либо или оскорбляли. Типичными реакциями таких людей были опечаленность, плохое настроение, сентиментальность, обидчивость и прочие.

У пациентов с эпилептоидной акцентуацией характера на первый план выступали качества эмоциональной ригидности, повышенного чувства самолюбия, эгоцентризма, обидчивость и склонность к эмоциональным вспышкам в виде гнева и раздражительности. Как показывали результаты клинических наблюдений, параметр неожиданности жизненного события, обретший впоследствии характер психотравмы, был присущ многим типам акцентуации, имея преобладание (однако, недостоверное статистически) у гармоничных личностей, при истерической, психастенической и сенситивной акцентуациях характера.

Экспериментально-психологическое обоснование антиципационной концепции неврозогенеза

Эксперименты с помощью модифицированного теста фрустрационной толерантности Розенцвейга (Менделевич В.Д., 1988,1990) были проведены всем больным описанных и обследованных групп. Первая серия экспериментов включала количественную и качественную оценку вероятностного прогнозирования (антиципации) и основывалась на оценке двух параметров: количестве вариантов, предложенных (предполагаемых) испытуемыми в условиях лимита времени (одна минута) и распределение их предъявления по времени в отведенный период. При этом учитывался постулат: время реакции тем короче, чем с большей вероятностью человек прогнозирует появление в данный момент данного сигнала (Фейгенберг И.М., 1977). Следовательно, первый ответ в условиях эксперимента, сделанный через короткий промежуток времени от момента предъявления задания (картинки с ситуацией), можно было считать наиболее вероятным в антиципационном процессе испытуемого, а последний и поздний — наименее вероятным.

Как показали экспериментально-психологические исследования, за отведенный промежуток времени больные, находившиеся в остром состоянии невроза, так же как и пациенты с невротическими развитиями личности и испытуемые в состоянии стойкой ремиссии невроза, давали два типа ответов: либо один вариант, либо четыре и более. Результаты исследования представлены в таблице 4.

Для уточнения корреляционных зависимостей был проведен анализ распределения различных типов вероятностного прогнозирования у больных с различными формами невротических расстройств (табл. 5).

Таблица 4

Распределение типов вероятностного прогнозирования у больных обследованных групп

Группа	ТипВП		
	Моновариантный	Нормовариантный	Поливариантный
_Невроз	61,3%	14,7%	24,0%
Невр. развитие личности	70,3%	11,1%	18,6%
"емиссия невроза	46,2%	26,9%	26,9%
.Контроль	15,4%	71,8%	12,8%

Таблица 5

Распределение типов вероятностного прогнозирования у больных в зависимости от формы невротических расстройств

Невроз	**ТипВП**		
	Моновариантный	Нормовариантный	Поливариантный
Неврастения	70,7%	17,1%	12,2%
Диссоциативные расстройства	65,0%	20,0%	**15,0%**
Обсессивно-компульсивное расстройство	28,6%		71,4%

Как видно из представленных в таблице данных, у обследованных лиц наблюдалось три типа вероятностного прогнозиро- i вания, которые были названы «моновариантный» (не более] ответа на одно задание), «нормовариантный» (от 2 до 3) и «поли- \ вариантный» (более 3) в зависимости от предъявляемых в уело-] виях лимита времени качества ответов. В группе больных невро**зами** преобладал моновариантный тип прогнозирования (61,3% больных), который проявлялся в эксперименте быстрым ответом на каждую карточку с рисунком-заданием и невозможностью в оставшееся время предъявить иной ответ. Пациенты наста- ! ивали на том, что возможен лишь один вариант ответа в подобной ситуации, размышляли вслух и пытались убедить бесприст- \ растного экспериментатора в правильности своей позиции («ну] что мог бы ответить еще этот человек — участник фрустрирую-] щей ситуации? Ведь здесь недвусмысленно его обижают»). Ис- ! пытуемые надолго задумывались, пытались придумать за персонажа иной ответ, но каждый раз возвращались к первому, «един-] ственно верному» ответу-реакции. Подобный стиль реагирова-1 ния прослеживался при всех 24 заданиях. К тому же нередко от- : мечалась попытка испытуемых уточнить у экспериментатора **сутм** происшедшего рисуночного конфликта, больные пытались сверять свою интерпретацию с позицией экспериментатора. В **24,0%]** случаев в эксперименте у больных с невротическими расстрой-1 ствами наблюдался поливариантный прогноз. В подобных слу-j чаях пациенты относительно быстро и с малыми промежутка-] ми времени давали множество (по сравнению с обычным **рас-]** пределением) разнообразных ответов на рисуночную ситуацию.! Пациенты перебирали ответы, сопровождая их комментария-! ми типа: «А возможно, он (персонаж) вот так бы ответил...».

У пациентов второй группы с невротическими развитиями личности распределение по типам вероятностного прогнозирования было следующим: моновариантный прогноз выявлялся в 70,3% случаев, поливариантный в 18,6%, нормовариантный в 11,1%. У лиц, находившихся в состоянии стойкой ремиссии невроза, распределение оказалось таким: моновариантный прогноз — 46,2%, поливариантный — 26,9%, нормовариантный — 26,9%.

Как показали экспериментально-психологические исследования, результаты в группе психически здоровых лиц значительно отличались от данных клинических групп. Нормовариантный тип вероятностного прогнозирования достоверно чаще встречался у здоровых, чем у больных неврозом, невротическими развитиями личности и даже при стойкой ремиссии невроза (соответственно $P<0{,}001$, $P<0{,}01$, $P<0{,}01$). Моновариантный тип во всех клинических группах также достоверно преобладал по сравнению со здоровыми ($P<0{,}01$). Поливариантный тип не имел достоверных различий.

Подавляющее большинство представителей четвертой группы давали в эксперименте от 2 до 3 ответов на каждое задание (нормовариантный прогноз). При этом наблюдалась закономерность их предъявления, отличная от особенностей, характерных для других групп. Как правило, испытуемые через короткий промежуток времени давали первый (высоковероятный) ответ, а затем через большие промежутки времени предъявляли один-два других ответа. Таким образом, можно констатировать, что отмечался процесс «взвешивания вероятности», отразившийся на длительности временных промежутков по обдумыванию ответов. В отличие от поливариантного прогноза в клинических группах, где ответы предъявлялись друг за другом без существенных периодов, что можно было трактовать как примерную равновероятность для испытуемых предъявляемых ответов.

Учитывая тот факт, что в рамках группы неврозов и невротических развитии личности наряду с моновариантным существовал и противоположный ему поливариантный прогноз, предполагалось выявление факторов, влиявших на подобную специфику. В частности, был проведен анализ корреляций между типом вероятностного прогнозирования в эксперименте и клинической формой невротического расстройства.

Полученные данные показали, что моновариантный тип вероятностного прогнозирования коррелировал с неврастенией и диссоциативными расстройствами (соответственно он встречался у 70,7 и 65,0% больных), а поливариантный — с обсессивно-компульсивным расстройством (71,4% больных). Достоверных различий по этим показателям выявлено не было.

Таким образом, первая серия патопсихологических экспериментов по оценке функционирования вероятностного прогнозирования (системы антиципации) при неврозах в остром состоянии, при невротических развитиях личности и при неврозе в состоянии стойкой ремиссии продемонстрировала специфику вышеперечисленных параметров, отличавшую клинические группы от группы психически здоровых лиц. Кроме того, обнаруженные клинико-патопсихологические корреляции показали, что вероятностное прогнозирование лиц в состоянии стойкой ремиссии невроза более сходно с вероятностным прогнозированием больных неврозами в остром состоянии и с невротическими развитиями личности, нежели с прогнозированием психически здоровых лиц. И следовательно, можно предполагать, что у них нарушена способность опираться на вероятностную организацию прошлого опыта, что подтверждают и клинические, и патопсихологические исследования. Клинически выявлявшееся психическое здоровье лиц, находившихся в состоянии стойкой ремиссии невроза, отражало лишь поверхностное понимание структуры их личностных особенностей. Патопсихологическое исследование вскрыло их родство с клинической патологией и разительные отличия от действительно психически здоровых («неврозоустойчивых») лиц.

Учитывая выявленные факты, можно предполагать два варианта их интерпретации: либо «психологический дефект» (антиципационная несостоятельность) является продолжением преморбидных психологических особенностей, облегчавших возникновение невроза, либо эти особенности есть следствие острой невротической симптоматики и сопутствующего ей комплекса негативных последствий в рамках т.н. остаточных, резидуальных невротических явлений (Асатиани Н.М., 1986).

Клинико-психологический анализ преморбида больных позволяет придерживаться первой версии. В доболезненном (преневротическом) состоянии «антиципационная несостоя-

тельность» была клинически выявлена у подавляющего большинства пациентов трех клинических групп и играла немаловажную роль в оформлении события, которое в силу особенностей антиципационных механизмов приобретало психотравмирующий характер. Традиционная терапия, часто использовавшаяся при лечении невротических расстройств у обследованных больных, купировала невротическую симптоматику, оставляя незатронутой патогенетически значимую базу — антиципационную несостоятельность, которая могла сыграть свою роль в формировании новых невротических расстройств, однако в силу объективных причин (отсутствия жизненных событий психотравмирующего характера) не приводила к заболеванию.

Вторая серия патопсихологических экспериментов была направлена на оценку функционирования клинически выявленных механизмов психологической компенсации (психокоррекции), участвовавших, как показали исследования, в формировании невротических расстройств, особенно на поведенческом (четвертом) этапе. С этой целью также использовался модифицированный тест фрустрационной толерантности Розенцвейга. Если в первой серии патопсихологических экспериментов обращалось внимание на количественный показатель и первая модификация теста Розенцвейга не затрагивала сути, качества ответов на задания, то вторая модификация носила иной характер. В экспериментально-психологических обследованиях, в первую очередь, учитывая клинически выявленные закономерности, обращалось внимание на оценку распределения и изменения под влиянием инструктажа реагирования на фрустрирующую ситуацию, поскольку в литературе достаточно широко описаны особенности направленностей реакций больных и GCR — групповая конформная реакция (Тарабрина Н.В., 1973; Коростелева И.С., Посохов Р.И., 1990 и др.).

Как показали экспериментально-психологические исследования первой половины теста (в классическом варианте), по показателям типов фрустрационных реакций группы имели следующие особенности (табл. 6).

Как видно из данных, представленных в таблице, достоверные различия были выявлены по показателю препятственно-Доминантного типа реагирования между больными неврозами и невротическими развитиями личности, с одной сторо-

Таблица 6

Распределение типов реакций по данным патопсихологического эксперимента в обследованных группах больных

Группа	**Тип** реакции		
	OD	ED	NP
Невроз	34,7%	46,7%	18,6%
Невр. развитие личности	37,0%	48,2%	14,8%
Ремиссия невроза	26,9%	50,0%	23,1%
Контроль	12,8%	43,6%	43,6%

ны, и психически здоровыми людьми, с другой (соответственно $P<0,01$, $P<0,05$). По показателю эго-защитного типа реакций достоверных различий обнаружено не было, а по разрешающему типу достоверные различия оказались между контрольной группой и клиническими группами, включавшими больных неврозами и невротическими развитиями личности (соответственно $P<0,01$, $P<0,05$). Следует оговориться, что приведенные данные не могут претендовать на базовые для далеко идущих выводов, поскольку они отражали лишь результаты части исследования и потому должны рассматриваться как этапные.

Инструктаж, проведенный в соответствии с поставленными задачами и совершенный после половины предъявленных для разрешения фрустрационных задач с помощью словесной установки на поиск адекватных разрешений рисуночных конфликтов, позволил оценить степень и качество изменений в использовании испытуемыми типов реагирования.

Распределение типов реагирования после инструктажа изменилось в разной степени в обследованных группах. Практически неизменными оказались показатели во второй группе и изменились в первой и третьей группах. Учитывая значимость оценки качественных особенностей изменения показателей типов реагирования в условиях модифицированного теста Розенцвейга, анализировались типы реагирования. Оказалось, что они совпали с тремя клинически выявленными типами психокоррекции — *лимитированной, дефицитарной и аттитюдной*.

В эксперименте они проявлялись следующим образом. Лимитированная психокоррекция отражалась в отсутствии существенных изменений результатов теста после инструктажа. Оказалось, что в эту группу вошли 48 больных в остром пери-

оде невроза, 21 пациент с невротическим развитием личности, 17 в периоде ремиссии невроза и 34 психически здоровых.

Группа использовавших дефицитарную психокоррекцию сформировалась на основе существенных изменений типов реагирования на фрустрирующую ситуацию в процессе эксперимента под влиянием инструктажа. Ее составили 18 больных неврозами, 3 с невротическими развитиями личности, 4 лица в периоде ремиссии невроза и 2 психически здоровых.

Третью группу отличала особенность трансформации ответов после инструктажа, чаще прочего от эго-защитной с экстрапунитивной направленностью в разрешающую с импунитивной направленностью. Эта группа была сходна с выявленной клинически аттитюдной психокоррекцией. Ее составили 9 больных неврозами, 3 — с невротическими развитиями личности, 5 лиц в периоде ремиссии неврозов и 3 психически здоровых человека.

Проведенные патопсихологические эксперименты позволили выявить особенности функционирования психокоррекционных мероприятий в клинических и контрольной группах и сопоставить их с клиническими параметрами. Оказалось, что лимитированная психокоррекция, выявленная и описанная клинически, находит свое подтверждение в эксперименте, когда под влиянием инструктажа на использование адекватных методов разрешения фрустрационных задач не происходит каких бы то ни было существенных изменений реагирования. Причем обращает на себя внимание более высокий уровень реакций эго-защитного и препятственно-доминантного и низкий — разрешающего типа по сравнению со здоровыми лицами. Ригидность, догматизм и неадекватная стереотипность реакций на фрустрирующие ситуации в эксперименте и клинике позволяют предполагать повышенную значимость использования лимитированной психокоррекции в формировании невротических расстройств как при остром состоянии, так и в условиях невротического развития личности. Тот факт, что подавляющее большинство психически здоровых в эксперименте также не изменили своих реакций после инструктажа, указывал не на их психологические отклонения (качественные показатели их были в пределах нормы), но на особенности психокоррекции в норме, которые назвать лимитированными было бы нелогично.

Дефицитарная психокоррекция, позволявшая пациентам в клинике и эксперименте гибко подходить к конфликтной ситуации и изменять реагирование под влиянием психотерапевтических советов (на практике) и инструктажа (в эксперименте), показала, что ее использование часто встречалось в группе лиц, находившихся в состоянии длительной и стойкой ремиссии невроза, которая, как позволяют предполагать клинические наблюдения, и была сформирована на основе этого типа психокоррекции.

Аттитюдная психокоррекция, наблюдавшаяся чаще в группе больных неврозами, причем с истерической формой преимущественно, отражала механизм нежелания использовать методы психологической компенсации в условиях невротического конфликта при наличии психокоррекционных возможностей и умений пациентов. Это доказывалось в клинике и в эксперименте избирательной перестройкой реагирования на значимые ситуации.

Таким образом, на основании клинико-психопатологических исследований и патопсихологических экспериментов больных с невротическими расстройствами установлена существенная роль антиципационных механизмов в возникновении и формировании этих расстройств. Анализ полученных результатов показывает, что наблюдается сходство нарушений антиципационных механизмов при остром невротическом состоянии, невротических развитиях личности и даже у лиц практически здоровых, но перенесших невроз в прошлом. При этом отмечаются достоверные различия между вышеперечисленными группами и психически здоровыми людьми, не имевшими невротических расстройств. Особо следует отметить, что существенно различаются антиципационные особенности практически здоровых двух последних групп. Этот факт можно трактовать двояко. Либо у пациентов, перенесших неврозы, сохраняются резидуальные антиципационные нарушения как следствие острой невротической симптоматики; либо обнаруживаемые антиципационные нарушения — типичные для преморбида психологические особенности склонных к неврозам лиц.

Основываясь на клиническом анализе изученных контингентов больных, их преморбидных антиципационных особенностях, следует думать о том, что нарушения вероятностного прогнозирования (антиципации) выступают в качестве базо-

вых свойств личности, склонной к невротическому типу реагирования. События, становящиеся для них психотравмирующими, характеризуются субъективной неожиданностью возникновения, несмотря на высокую объективную вероятность их появления. Вследствие чего пациент оказывается в ситуации, которая характеризуется не только значимостью, но и неспрогнозированностью. Таким образом, система психологической компенсации начинает функционировать в условиях лимита времени на фоне аффективных феноменов, способных блокировать антиципацию (например, на фоне чувств обиды, разочарования или недоумения).

Как показали клинико-психопатологические исследования инициального периода неврозогенеза психически здоровых лиц, которые в своей жизни также переживали ситуации, сходные с невротическими, но на субклиническом уровне, характеризовались адекватным вероятностным прогнозированием значимых событий. Можно предполагать, что так называемые «объективные психотравмы» не вызывали у них невротических состояний, поскольку с большой вероятностью антиципировались. При их появлении психически здоровый человек имел определенную «программу действий» и вследствие этого обладал запасом времени для выбора неневротического способа «совладания» с ситуацией или переживания (Василюк Ф.Е., 1984).

Кроме этого, роль антиципации в формировании невротических расстройств доказывается не только преморбидными особенностями построения вероятностного прогнозирования, но и в выявленных различиях в инициальном периоде неврозогенеза. Как показали результаты клинических исследований и патопсихологических экспериментов, на всех четырех этапах инициального периода у больных неврозами доминирует мыслительная деятельность, направленная не на поиск решения конфликтной ситуации и построения плана Действий, а на ретроспективный анализ происшедшего, поиск виновного. В то время как у лиц, отнесенных к группе Психически здоровых, и в период переживания события происходит прогнозирование различных вариантов исхода ситуации, выбирается оптимальный для психологического статуса стиль поведения.

Можно констатировать, что антиципационная концепция Формирования невротических расстройств позволяет обратить внимание исследователей на еще один значимый пре-

морбидный параметр, роль которого в патогенезе неврозов до настоящего времени оценена не достаточно.

Как было изложено выше, данные, полученные с помощью клинико-психопатологических исследований, их анализ, а также результаты ряда патопсихологических экспериментов, направленных на подтверждение клинически выявленных антиципационных параметров, позволили сформулировать антиципационную концепцию неврозогенеза. Суть ее заключается в рассмотрении этиопатогенеза невротических расстройств в неразрывной связи с антиципационными процессами. Неврозогенез видится как результат неспособности личности предвосхищать ход событий и собственное поведение во фрустрирующих ситуациях, что обусловлено преморбидными особенностями «потенциального невротика», условно, названными антиципационной несостоятельностью. Личность, склонная к невротическим расстройствам, исключает из антиципационной деятельности нежелательные события и поступки, ориентируясь всегда лишь на желательные. В связи с этим, попадая в неспрогнозированную, неблагоприятную и вытесненную в связи с этим из «ситуационного сценария» жизненную коллизию, человек оказывается в цейтноте времени для применения совладающего поведения. В связи с этим можно полностью согласиться с высказываниями Л.И.Анцыферовой (1996) и Ф.Е.Василюка (1984) о том, что адаптивное значение для преодоления трудных жизненных ситуаций имеют такие стратегии, как «антиципирующее совладание» и «предвосхищающая печаль», которым для большей продуктивности должен быть предоставлен определенный промежуток времени. А также с замечанием А.В.Брушлинского (1996) о связи саморегуляции и предвосхищающих форм мышления. Наши исследования показывают, что эти высказывания справедливы для лиц, названных «неврозоустойчивыми личностями».

Как показали исследования, появление антиципационной несостоятельности может быть объяснено двумя механизмами: 1) закреплением в процессе социализации и «цементированием» народными традициями в виде пословиц и поговорок психологического стереотипа — своеобразных патогенных паттернов мышления, запрещающих прогнозировать отрицательный исход событий (табу типа: «сглазишь», «типун

тебе на язык», «не каркай»); 2) невостребованностью обществом антиципационных способностей («общество, государство, партия о тебе позаботятся», «гарантируем уверенность в завтрашнем дне»).

Выделение антиципационных способностей в приведенной выше интерпретации не является традиционным. Даже о прогностических способностях как психофизиологических характеристиках имеются в литературе лишь отдельные упоминания, что связано, в первую очередь, с рассмотрением процессов вероятностного прогнозирования, как правило, с позиций психофизиологии. Однако клинические сравнения и результаты патопсихологических экспериментов больных неврозами и «неврозоустойчивых личностей» дают основание с большей уверенностью говорить о психосоциальных корнях антиципационных способностей коммуникативного уровня.

Известно, что на уровне животного мира прогрессивная эволюция возможна только в том случае, если животные имеют возможность подготовиться к предстоящим событиям. Сходное предположение можно также признать верным и в случае с человеческой личностью: развитие в процессе социализации человека антиципационных способностей эволюционно обусловлено. Оно направлено на упреждение запредельных для психики переживаний, на более полноценную и качественную адаптацию личности к социуму. Невроз, как и любое иное психическое заболевание, отражает регресс психической деятельности. Вследствие этого осознание эволюционной необходимости создания воспитательных и социальных программ, направленных на формирование «антиципационной состоятельности», следует признать целесообразным как в целях укрепления психического здоровья людей, так и в смысле самоактуализации и гармонизации отдельной личности и человеческих отношений.

С целью дальнейшего углубления и обоснования антиципационной концепции неврозогенеза нами был создан **тест антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) - ТАС (ПК)** (см. в приложении). В качестве рабочей гипотезы для создания теста выступили идеи Б.Ф.Ломова о взаимосвязи различных уровней антиципации (психологического и психофизиологического) и полученные нами результаты психофизиологических исследований вероятностного прогнозирования у больных с невротическими расст-

ройствами. Совместные научные изыскания были направлены на поиск электроэнцефалографических коррелятов вероятностно-прогностической деятельности пациентов с клиническими проявлениями невротических расстройств (Менделевич В.Д., Бреус Е.В.). Они опирались на известный факт, что изменения частотно-амплитудных параметров ритмов электроэнцефалограммы при вероятностно-прогностической деятельности являются объективными показателями этого процесса (Ширяев Д.А., 1986; Niedermeyer, Lopes de Silva, 1998; Rau et al., 1993). В исследованиях Уолтера (1966), Милнера (1973) и Уильяме (1995) было показано участие гиппокампа и лобных областей головного мозга в обеспечении вероятностно-прогностической деятельности у здоровых лиц. Однако вовлечение этих или каких-либо других мозговых структур в процесс вероятностного прогнозирования у больных с невротическими расстройствами до этого не изучалось. На основе существования связи между генерированием ЭЭГ-ритмов и функционированием структур мозга нами было предположено, что сравнение ЭЭГ здоровых лиц и больных с невротическими расстройствами, записанных в момент осуществляемого ими вероятностного прогнозирования, позволит выявить мозговые структуры, участвующие в обеспечении вероятностно-прогностической деятельности при данном виде психической патологии.

Мы исходили из того, что способность мозга к прогнозирующему моделированию будущего является важнейшим условием осуществления любого целенаправленного преобразования окружающего мира. Эта способность, возникшая в процессе эволюционного развития, не только обеспечивает адекватность целенаправленного поведения, но и оптимизирует такое поведение в целом, что достигается путем энергетической и функциональной преднастройки комплекса психофизиологических систем организма в соответствии с ожидаемыми изменениями действительности (Ширяев Д.А., 1986).

Исследование проводилось по следующей схеме. Перед наложением электродов у каждого испытуемого был измерен порог болевой чувствительности с помощью алгезиметра. После этого на голову испытуемого была надета электродная шапочка с зафиксированными на ней электродами в FP1, FP2, F7, F3, Fz, F4, F8, T3, C3, Cz, C4, T4, T5, P3, Pz, P4, T6, 01,

Oz и 02 в соответствии с системой наложения электродов 10/20, и произведено устранение артефактов. Правая рука сидящего испытуемого была помешена на пластину с тремя кнопками. Одна из кнопок (различная во время каждой попытки и неизвестная испытуемому) была подсоединена к алгезиметру, запрограммированному на ток, который вызывал болевой сигнал, не превышающий порог болевой чувствительности испытуемого. Испытуемому предлагалось в ответ на голосовую команду «старт» нажать на ту кнопку, которая, в соответствии с прогнозом, не содержала болевого раздражителя. Эксперимент включал в себя две попытки вероятностного прогнозирования. ЭЭГ также была записана во время состояния покоя, когда испытуемые не выполняли задачу на вероятностное прогнозирование. Во время записи ЭЭГ при выполнении вероятностно-прогностической задачи и в состоянии покоя глаза испытуемых были закрыты. Результаты обрабатывались с использованием компьютерной программы анализа данных Medlec. Амплитуды альфа-, бета-, тета— и дельта-ритмов были вычислены в 16 отведениях для состояния покоя и каждой попытки вероятностного прогнозирования. Было обследовано 66 человек (18 с соматоформной вегетативной дисфункцией — F.45.3; 16 с ипохондрическим расстройством — F.45.2; 16 с диссоциативными (конверсионными) расстройствами - F.44), а также 16 психически здоровых лиц.

Как показали результаты исследования, синхронизация альфа-ритма во время состояния покоя (фон), амплитудные значения в контрольной группе не превышали 50,0 мкВ. Максимальная синхронизация отмечалась в теменной и затылочной областях. При первой попытке вероятностного прогнозирования наблюдалось явление десинхронизации в ответ на событие (ДОС). Среднее амплитудное значение альфа-ритма равнялось 10,2 мкВ. При второй попытке вероятностного прогнозирования амплитуда возросла, достигнув своего исходного фонового значения. У больных с ипохондрическим расстройством во время состояния покоя наблюдалась синхронизация альфа-ритма, максимальное значение амплитуды составило 90,9 мкВ. Максимумы амплитуды были отмечены в височной, теменной и теменно-затылочной областях. При первой попытке вероятностного прогнозирования наблюдалась ДОС (слабая в височной, теменной и теменно-затылоч-
областях), среднее амплитудное значение составило 13,7

мкВ. При второй попытке было отмечено слабое возрастание амплитуды альфа-ритма. У больных с диссоциативными расстройствами во время состояния покоя альфа-ритм был синхронизирован, и его амплитуда не превышала 50,0 мкВ. Максимальная синхронизация была отмечена в височной и теменно-затылочной областях. При обеих попытках вероятностного прогнозирования наблюдалась слабая ДОС. При первой попытке в лобных долях присутствовала синхронизация в ответ на событие (СОС). Среднее амплитудное значение составило 21,0 мкВ. У пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией синхронизация альфа-ритма во время состояния покоя (максимальная в затылочной области), среднее амплитудное значение равнялось 27,3 мкВ. При первой и второй попытках вероятностного прогнозирования наблюдалось возрастание амплитуды (кроме теменной и лобных областей при первой попытке). Амплитудные значения альфа-ритма находились в пределах интервала от 29,8 до 54,7 мкВ.

При анализе амплитуды тета-ритма у здоровых лиц во время состояния покоя амплитуда тета-ритма варьировала в пределах от 2,5 до 8,5 мкВ (максимальная —во фронтально-теменной области). При первой попытке вероятностного прогнозирования наблюдалась синхронизация ритма, среднее амплитудное значение составило 27.0 мкВ. При второй — амплитуда понизилась, достигнув своего фонового значения. У больных с ипохондрическим расстройством во время состояния покоя амплитуда тета-ритма варьировала в пределах интервала от 3,5 до 20,9 мкВ (максимум в лобных долях). При первой попытке вероятностного прогнозирования наблюдалась синхронизация тета-ритма (за исключением затылочной и височных областей) с максимальным амплитудным значением, равным 22,5 мкВ. При второй попытке амплитуда понизилась, достигнув своего фонового значения. У больных с **диссоциативными** расстройствами во время состояния покоя амплитудные значения тета-ритма варьировали в пределах интервала от 2,8 до 8,2 мкВ. При обеих попытках вероятностного прогнозирования была отмечена слабая синхронизация тета-ритма (за исключением височной, затылочной и теменной областей при первой попытке) с максимальным амплитудным значением, равным 19,5. В группе пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией фоновые амплитудные значения тета-ритма варьировали в пределах интервала

от 1,4 до 15,1 мкВ (максимумы в лобных и височных долях). В теменной и затылочной областях было отмечено отсутствие ритма. При обеих попытках вероятностного прогнозирования наблюдалась десинхронизация тета-ритма. Среднее амплитудное значение составило 3,1 мкВ.

Во время состояния покоя значения амплитуды дельта-ритма у здоровых не превышали 15,2 мкВ (десинхронизация дельта-ритма). Синхронизация дельта-ритма (варьирование амплитудных значений в пределах от 59,9 до 86,1 мкВ) была отмечена при первой попытке вероятностного прогнозирования. Максимальная синхронизация присутствовала в лобных и лобно-височных областях. При второй попытке наблюдалось снижение значений амплитуды дельта-ритма. У больных с ипохондрическим расстройством десинхронизация дельта-ритма наблюдалась во время состояния покоя. В теменной и теменно-затылочной областях наблюдалось отсутствие ритма. При первой попытке вероятностного прогнозирования было отмечено возрастание амплитуды (максимальное в лобных долях), варьировавшее в пределах от 22,3 до 38,2 мкВ. При второй попытке амплитуда упала, достигнув своего исходного фонового значения. У больных с диссоциативными расстройствами очень высокие амплитудные значения дельта-ритма наблюдались во время состояния покоя (варьирование в пределах от 24,7 до 50,0 мкВ, максимум — в лобных долях). При обеих попытках вероятностного прогнозирования была отмечена десинхронизация дельта-ритма, варьировавшая в пределах от 12,5 до 17,2 мкВ. При соматоформной вегетативной дисфункции отмечалось варьирование амплитудных значений дельта-ритма в пределах от 12,9 до 39,3 мкВ во время состояния покоя. В теменной, височной и височно-затылочной зонах была отмечена десинхронизация, в остальных областях — синхронизация, максимальная в лобных долях. При обеих попытках вероятностного прогнозирования наблюдалась десинхронизация дельта-ритма, значения амплитуды находились в пределах интервала от 2,1 до 9,5 мкВ.

Существенных изменений бета-ритма у обследованных обнаружено не было.

На основании проведенного исследования можно констатировать, что у здоровых лиц в обеспечении вероятностно-прогностической деятельности участвуют такие мозговые структуры , как гиппокамп, энторинальная кора, зубчатая извилина

(вместе составляющие гиппокампальную формацию), перегородка, таламус и затылочная кора головного мозга. На клеточном уровне это активность звездчатых клеток второго слоя энторинальной коры, гранулярных клеток зубчатой извилины, пирамидных клеток полей CA1, CA2 гиппокампа, «взрывных» клеток перегородки, нейронов и/или глии таламуса, клеток затылочной коры, а также прерывание афферентных путей коры к таламусу. Данные о вовлечении гиппокампа в процесс вероятностно-прогностической деятельности находятся в соответствии с работами Уильяме (1995), Пигаревой (1978) и других авторов. У больных с ипохондрическим расстройством в момент выполнения вероятностно-прогностической задачи наблюдается более слабая, по сравнению с таковой у здоровых лиц, активация структур гиппокампальной формации, перегородки и затылочной коры головного мозга. Возможные причины этого на клеточном уровне — пониженная активность или нарушения работы клеток гиппокампальной формации, перегородки и затылочной области. У больных с диссоциативными расстройствами в момент вероятностно-прогностической деятельности отмечается более слабая, по сравнению с таковой у больных с ипохондрическим расстройством, активация структур гиппокампальной формации, перегородки и затылочной области головного мозга, а также дезактивация таламуса. На клеточном уровне это возможная дезактивация нейронов и/или глиальных клеток таламуса, восстановление проводимости афферентных путей коры к таламусу и пониженная активность или нарушение работы клеток гиппокампальной формации, перегородки и затылочной коры. У больных с соматоформнои вегетативной дисфункцией в период выполнения задачи на вероятностное прогнозирование наблюдается дезактивация структур гиппокампальной формации, перегородки, таламуса, а также частичная активация затылочной коры. Возможные причины этого на клеточном уровне — дезактивация клеток гиппокампальной формации, перегородки, нейронов и/или глии таламуса, а также восстановление проводимости афферентных путей коры к таламусу и нарушения работы клеток затылочной коры.

Проведенный анализ результатов показывал, что наиболее серьезные физиологические нарушения процесса вероятностного прогнозирования имеются у больных с соматоформной вегетативной дисфункцией, тогда как у больных с ипохондри-

ческим расстройством такие нарушения выражены в наименьшей степени. Полученные различия в электроэнцефалограммах, записанных в момент вероятностно-прогностической деятельности, можно считать типичными для больных с невротическими и связанными со стрессом расстройствами.

Другим подтверждением наличия нарушений функционирования антиципации на психофизиологическом уровне при невротических расстройствах стали данные исследования с помощью методик РДО (реакции на движущийся объект) и оценки иллюзии Шарпантье. Для исследования особенностей функционирования вероятностного прогнозирования антиципации нами применялся тест Шарпантье. Пациенту предлагали приподнять два цилиндра — большой и маленький и сказать, какой из них тяжелее. Для опыта брались два цилиндра, внешне не различающихся по материалу, но сильно различавшихся по объему. Фактически они были одинаковыми по массе, но испытуемый об этом не был предупрежден. В этой ситуации здоровому человеку кажется, что меньший цилиндр тяжелее. Дело в том, что испытуемый еще до «взвешивания» цилиндров руками получает информацию о различии их объемов. На основании прошлого опыта он ожидает, что больший цилиндр тяжелее. В соответствии с таким прогнозом осуществляется преднастройка тех систем, которые должны оценить вес. В ситуации же, когда оба цилиндра имеют одинаковый вес, такой прогноз не оправдывается, и это ведет к возникновению иллюзии. Проведенные исследования пациентов с невротическими расстройствами продемонстрировали искажение иллюзии Шарпантье.

Исследование реакции на движущийся объект проводилось в 2-х вариантах — без пропадания световой метки и с ее пропаданием. Функция первого варианта (без пропадания движущейся световой метки) состояла в слежении и оценке сенсомоторной реакции пациента. Второй вариант был направлен исключительно на оценку антиципационных способностей пациента на уровне пространственно-временного Упреждения сигналов. Оказалось, что усредненные результаты достоверно различались по обоим показателям между группами с невротическими расстройствами и группой здоровых лиц(р.Ю,001).

Оказалось, что процент попадания в разработанный экспериментаторами доверительный интервал +5 мс (остановка

движущейся точки в необходимом месте круга) в среднем в] первом варианте эксперимента составил (8), во втором (модифицированном) (4,4), соответственно у здоровых (12) и (8), при этом среднее отклонение от нуля (разброс данных) в первом эксперименте составил 172,7 мс, во втором 236,4 мс, соответственно у здоровых 58,7 мс и 124,7 мс.

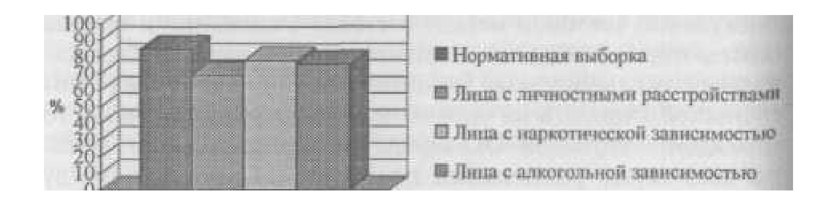
Таким образом, выявлено существенное снижение точности реакции на движущийся объект у больных с невротическими расстройствами, особенно в модифицированном варианте РДО, изучающем непосредственно способность к прогнозированию; выявлено снижение обучаемости точности движений, так как здоровые в условиях тренинга, подготовки к эксперименту допустили не меньшее количество ошибок, но существенно улучшили результат на следующем этапе.

Таблица **7**

Обобщенная оценка результатов РДО в группе здоровых и больных

РДО без проп.	Больные	Здоровые
1. Процент попадания в доверительный интервал (±5 мс)	8	12
2. Среднее отклонение от нуля	172,7 мс	58,7мс
3. Упреждающие попадания, в %	69,3	52,4
РДО с проп. 1. Процент попадания в доверительный интервал (+5 мс)	4,4	8
2. Среднее отклонение от нуля	236,4 мс	124,7 мс
3. % упреждающих попаданий	72,8	53,6

Диаграмма 7. Соотношение показателей иллюзии между выборками



Антиципационные механизмы неврозогенеза и «моторная ловкость»

Привлечение к анализу антиципационных механизмов неврозогенеза двигательной сферы человека обусловлено несколькими соображениями и клиническими фактами. Во-первых, клинические наблюдения позволяют констатировать, что более чем у 2/3 пациентов с невротическими расстройствами обнаруживается «моторная неловкость» (проявления которой наблюдаются и в преморбиде). Во-вторых, в структуру «неврозоустойчивой личности», в отличие от личности «потенциального невротика», входит понятие «находчивости» - психологической ловкости, способности предвосхищать развитие событий, упреждать их, быть умелым в разрешении конфликтов. Перефразируя высказывание Н.А.Бернштейна о структуре построения двигательного навыка, можно сказать, что «неврозоустойчивой личности» удается в жизни «превратить бег в разбег», т.е. подготовить себя к будущим прыжкам (сложным жизненным ситуациям).

По результатам наших исследований (Менделевич В.Д., Мухаметзянова Д.А.) детей с невротическими расстройствами в сравнении со здоровыми, не имевшими невротических нарушений в анамнезе, в 60% случаев выявлено преобладание средних и в 10% низких показателей «ручной умелости» — готовности руки к письму (отрыв карандаша от бумаги более трех раз, выход карандаша за обозначенный исследователем контур, допущение 2-х ошибок при копировании образца). Неровный, слабый рисунок у пациентов с астеническими, тревожными расстройствами, излишне сильный нажим, увеличение букв при копировании у детей с гиперкинетическим расстройством, многократные обводы и подчеркивание букв У детей с обсессивно-фобическими расстройствами, уменьшение элементов рисунка, букв при копировании у детей с Депрессивными расстройствами. В то время как в группе здоровых преобладали высокие (50%) и средние (35%) показатели готовности руки к письму, более точное копирование элементов рисунка, письменных букв (не более 1—2 ошибок).

По данным теста зрительно-моторной координации Керна-Иерасика, были получены следующие результаты (табл. 8).

Клинические наблюдения позволяют констатировать тот факт, что у пациентов с невротическими расстройствами «мо-

Таблица 8

Оценка теста Керна-Иерасека

	Больные	Здоровые
Хорошие показатели (1 балл)	30%	50%
Средние показатели (2—3 балла)	60%	45%
Низкие показатели (4—5 баллов)	10%	5%

торная неловкость» (нарушения скоординированности движений) встречается достоверно чаще, чем у психически здоровых лиц. Такие пациенты чаще бывают неуклюжими, неловкими, нерасторопными, двигательно ненаходчивыми, склонны совершать избыточные движения. Учитывая это, можно по иному трактовать факт профессиональной специфики лиц с невротическими расстройствами, которому ранее не придавалось значения. Ранее невротизирующий характер производственного фактора рассматривался лишь в ракурсе «производственного климата», психотравмирующих взаимоотношений в трудовом коллективе (Карвасарский Б.Д., 1990), степени интенсивности труда и информационной перегрузки. С позиции антиципационной концепции неврозогенеза, отметившей корреляции нарушения антиципационной деятельности как на уровне личностно-ситуативной, так и пространственной составляющих прогностической компетентности, можно понять, почему среди лиц, страдающих невротическими расстройствами, незначительно представлены люди, профессии которых диктуют необходимость развития моторной ловкости. В связи с выявленным фактом значимости данного параметра для механизмов неврозогенеза, целесообразным представляется анализ качества моторной ловкости—неловкости, которую Н.А.Бернштейн назвал интеллектуальной.

«Ловкость, — писал Н.А.Бернштейн, — состоит в том, чтобы суметь двигательно выйти из любого положения, найтись (двигательно) при любых обстоятельствах». Представленное определение сопоставимо с понятием «психологической ловкости», входящим в структуру «неврозоустойчивой личности». Они сходны по параметру находчивости. И в первом, и во втором случае для того чтобы разрешить встающую перед человеком проблемную задачу (двигательную или житейскую) нельзя идти напролом, а необходимо «изловчиться», «приловчиться», подстроиться, чему в наибольшей степени способствует упреждение ситуации.

По мнению Н.А.Бернштейна (1991), из всех качеств (сила, быстрота, выносливость) ловкость выделяется из ряда прочих. Оно, несомненно, гибче, разносторонней, универсальнее каждого из них. «Ловкость — козырная масть, которая кроет все остальные карты». Качество ловкости сложное и комплексное. Ловкость — это дело, или функция управления, а в связи с этим главенствующее место по ее осуществлению занимает центральная нервная система. Управлять же для реализации ловкости ей приходится очень многим. Рядом стоит второе притягательное свойство ловкости — ее доступность, та особенность ее, которая дает шансы человеку с самыми средними телесными данными одержать верх над любым великаном или атлетом.

Ловкость, по мнению Н.А.Бернштейна, поддается упражнению, ее можно выработать в себе и, уж во всяком случае, добиться сильного повышения ее уровня. Для нее не нужно ни сильных ног, ни могучей грудной клетки, она вполне мирится с тем телесным инвентарем, каким располагает каждый здоровый, нормальный человек. Затем обязательно в ловкости то, что она не чисто и грубо физическое качество, как сила или выносливость. Она образует уже мостик к настоящей, умственной области. Прежде всего в ловкости есть мудрость. Она концентрат жизненного опыта по части движений и действий. Недаром ловкость нередко повышается с годами и, как правило, Удерживается у человека дольше всех его других психофизических качеств. Как всякое качество, связанное уже с психикой, она несет на себе отпечаток индивидуальности.

По В.Далю, «ловкий» - это означает «складный в движениях». Именно «складность» движений определяет ловкого прыгуна, бегуна, наездника; именно умение складывать мелкие движения рук, ног, туловища в общее движение всего тела, дающее высший результат. Умение управлять своим телом и есть ловкость.

«Там, где нельзя взять силой, помогает уловка. Когда мы овладеваем двигательным навыком и с его помощью подчиняем себе более или менее трудную двигательную задачу, мы говорим, что мы наловчились. Так, во всех случаях, где требуется эта двигательная инициатива, или изворотливость, или так или иначе искусное прилаживание наших движений к возникшей задаче, язык находит выражение одного общего корня со словом ловкость» (Н.А.Бернштейн, 1991). Чтобы

владеть ловкостью, нужно умело управлять двигательным аппаратом нашего тела, а это и есть координация движения. Координация движения — это не что иное, как преодоление избыточных степеней свободы наших органов движения, т.е. превращение их в управляемые системы.

Знакомясь с психофизиологическими особенностями разных уровней построения движений у человека, автор смог обнаружить, что не только в общей истории развития, но и у каждого человека ловкость не пронизывает всю область его двигательных отправлений (так называемую моторику) сверху донизу, а присуща только его верхним, корковым уровням, находя в низовых уровнях лишь вспомогательные, фоновые предпосылки для своего осуществления. Ловкость не содержится в двигательном акте самом по себе, а выявляется только из его столкновений с внешней переменчивой обстановкой, с неподвластными и не предусматриваемыми воздействиями со стороны окружающей среды. «Ловким бывает не сам по себе бег, а то, как сумел бежавший применить его в трудных обстоятельствах, как он сумел заставить этот бег служить себе для решения определенной внешней задачи».

Таким образом, к каким бы видам движений ни обратиться, всюду качество ловкости окажется не заключенным в них самих, а вытекающим из их столкновения с окружающей действительностью. Чем эти столкновения сложнее и неожиданнее и чем человек успешнее справляется с ними, тем выше проявляющаяся в его действиях ловкость. Трудность, по замечанию Н.А.Бернштейна, заключается в том, чтобы быстро и правильно найти нужный выход из внезапного изменения обстановки. Ведь при спокойном течении движения, свободном от каких-либо непредвиденностей, спроса на ловкость нет. Спрос возникает при всякого рода изменениях в окружающей обстановке, требующих искусного прилаживания к ним и правильных, бьющих в цель переключений своего движения. То же можно сказать и о «психологической ловкости» (антиципационной состоятельности, прогностической компетентности). Ее значимость возрастает по мере увеличения частоты «неожиданного стечения обстоятельств». В этом отношении интерес представляет факт наличия людей, с которыми чаще, чем с другими, случаются несчастные случаи. Фактически подобные неожиданности хуже такими людьми прогнозируются, а не чаще происходят. К ним у таких людей нет ни двига-

тельной, ни личностно-ситуативной готовности. Чем быстрее, внезапнее, нечаяннее появляются события и чем они при всем этом крупнее и значительнее, тем большая ловкость (двигательная и психологическая) требуется для приспособления к ним.

Важным свойством ловкости Н.А.Бернштейн называет *экспромтность*. В целом ряде движений и действий речь не идет о таких полных неожиданностях, но и в них требуется быстрое и точное приспосабливание движений к таким внешним явлениям, которые возможно предусмотреть со всей точностью. Проводя параллель с психологической ловкостью, можно указать на тот факт, что экспромтность (т.е. отсутствие четкого и ригидного плана действия на всевозможные психические травмы) гарантирует гибкость применения различных, подходящих исключительно для определенных ситуаций тактик поведения при хорошей разработанности стратегии реагирования.

К не менее важным свойствам ловкости относят *переключаемость*. Почти нет такого реального движения, в котором бы не было этого элемента приспособительной переключавмости к разным, хотя бы мелким непредвиденностям. Кроме того, значимо и свойство правильности. Движение правильно тогда, когда оно безукоризненно подходит для решения задачи, как ключ соответственному замку, легко отпирающий этот замок. Ловкость заключается в том, чтобы уметь к каждому появившемуся пред нами замку скомбинировать безупречно подходящий ключ. Это свойство хорошо выражается словом «адекватность» — соответственно у ловкого человека все движения безусловно адекватны вызвавшим их задачам. Как и у психологически ловкого («неврозоустойчивого») все поступки и реакции адекватны ситуациям, их вызвавшим.

Количественная сторона ловкости выражается в ее *точности*. «Свойство это — настолько важный элемент ловкости, что целому ряду движений, даже ничем не замечательных по части приспособления к неожиданностям, легко пристает название «ловкий», меткий, точный укол иглой в назначенную точку» (Н.А.Бернштейн). Еще одна черта или свойство ловкости — это быстрота. О быстроте можно говорить двояко: применительно к тому, как что-либо делается и что именно делается. В первом случае это будет быстрота в поведении, быстрота движений, действий и т.д., во втором — то, что можно на-

звать быстротою результата. Можно утверждать точно, что для ловкости важнейшей чертой является именно быстрота результата. У быстроты, в том виде, как она проявляет себя в ловкости, есть и своя качественная сторона, хотя она и не бросается сразу в глаза. Во-первых, для ловкости требуется быстрота находчивости. Не растеряться от неожиданного затруднения, а изобрести правильный, удачный выход из него — в этом и состоит ловкость, но иногда вся соль в том, что найти этот выход надо мгновенно. Во-вторых, можно было бы назвать быстроту решмости. Задача зачастую состоит в том, чтобы быстро найти нужный прием. Иногда наши двигательные уровни настолько богаты, что в состоянии предложить не один, а целых три выхода, из положения, ни один из которых не хуже других. Наконец, третья сторона — это то, что можно назвать «скоростью» движений. Это свойство трудно поддается точному определению, но, несомненно, не совпадает по значению со скоростью. Недаром про неловкие движения говорят: «Скоро, да не споро». Когда движения легко и плавно переходят одно в другое, когда мышечные импульсы не мешают друг другу и точно согласуются с игрою внешних сил. И когда всё это совершается в высоком темпе, то мы говорим, что «работа спорится».

Рациональность — свойство ловкости, которое относится к самим движениям. Провести границу между свойством правильности движений и войством их рациональности, по мнению Н.А.Бернштейн| очень легко. Правильное движение — это движение, коррое делает то, что нужно; рациональное движение — это движение, которое делается так, как нужно. У рациональности есть своя качественная и количественная стороны. К первой относят все то, что касается целесообразности движений действий, ко второй — их экономичность. Если сравнить с двигательной ловкостью психологическую ловкость, то, несомненно, свойство рациональности следует признать одни из важнейших для разрешения конфликтной ситуации (межличностной или внутриличностной).

Одним из самых главых свойств ловкости считается *находчивость*. Безусловно, движение может быть безукоризненно правильным и точным может приводить к результату быстро и рационально, но они это движение не сумело подвернуться, начаться и окончиться в ту самую минуту, когда жизнь

потребовала его, цена ему не выше, чем дождю, пролившемуся над морем (Н.А.Бернштейн). Прежде всего в этом свойстве находчивости нельзя не усмотреть пассивную и активную стороны: сторону стойкости к внешним изменениям и неожиданностям, не зависящим от нас, и сторону нашего собственного, деятельного вмешательства во все происходящее. Пассивная сторона есть стабильность или устойчивость движений. Эта сторона находчивости помогает нам выполнять движения, осуществлять решения требуемых двигательных задач несмотря на внешние сбивающие воздействия. С ее помощью нам удается при всех внешних изменениях и «внезапностях» находить также приспособительные переключения, которые спасают наш двигательный процесс от разрушения, а решение задачи — от срыва. Эту сторону называют «изворотливостью». Там, где исполнитель движения не только приспособительно откликается на изменения, которые приходят извне, но и сам вносит изменения в ход своих движений, в успешное искание наилучших результатов, - там на первый план выступает активная, деятельная сторона находчивости. Это инициативность движений.

Антиципация, т.е. заблаговременные, предваряющие коррекции, имеет огромное значение в координации движений. Она позволяет заранее ощутить, какой результат получится от какого-либо удара. Она создает возможность в очень многих хорошо освоенных движениях делать большую часть нужных коррекций авансом, на самом старте движения, чтобы дальше о нем осталось немного заботы и чтобы можно было, пока оно еще длится, точно так же подготовлять следующее. Анци-Ципация, т.е. предугадывание как намерений партнера, так и последствий своих собственных движений, образует уже своего рода мостик для перехода к самым высоким формам ловкости.

Людям с моторной неловкостью становится труднее разрешить стоящие перед движением задачи, необычные, неожиданные, требующие «двигательной находчивости». Трудность вся заключается в том, чтобы быстро и правильно найти нужный выход из внезапного изменения обстановки. У неловких Людей нет экспромтности в действиях, т.е. нет быстрого и правильного выхода из изменившейся ситуации. Для таких людей трудность заключается в управлении своими органами Движения. Чем более усложняются двигательные задачи, чем

сложнее **и** точнее становятся решающие действия, тем **в** большей степени возрастают трудности управления ими. Также трудности усугубляются еще и тем, что по ходу развития все повышается спрос на способность быстро приспосабливаться к новым изменяющимся условиям, решать неожиданные, нешаблонные двигательные задачи, с честью выходить из непредвиденных положений. Таким людям зачастую тяжело быстро найти нужный прием, и при этом найти сразу, без колебаний.

Приведенный выше анализ моторной ловкости и неловкости, сделанный в большей степени на основании исследований Н.А.Бернштейна, демонстрирует принципиальную схожесть механизмов, лежащих в основе предвосхищения движений и предвосхищения жизненных ситуаций. Это позволило Я.Ю.Попелянскому (1992) провести параллели между механизмами этиопатогенеза невротических расстройств и остеохондроза. Сочетание же у пациентов с невротическими расстройствами этих составляющих антиципационной деятельности (на психофизиологическом и психологическом уровнях), видимо, не является случайным.

Антиципационные механизмы неврозогенеза и восприятие времени

Исследования восприятия времени, в частности т.н. индивидуальной минуты, показывают существенное отклонение показателей лиц, страдающих невротическими расстройствами, от нормативов. Процедура исследования (по А.С.Дмитриеву и З.В.Войтюковой) достаточно проста. Испытуемому предлагается отмеривать заданные временные интервалы (45, 60 и 90 с), считая вслух и пропуская между каждым счетом секунду. В начале исследования каждый испытуемый производит словесную оценку в секундах 45-, 60- и 90-секундных интервалов. Затем начинается тренировка в отмеривании данных интервалов. Для этого в каждом опыте отмеривание повторяется несколько раз, причем каждая реакция в случаях недоотмеривания или переотмеривания сопровождается словесной коррекцией (испытуемому указывается на его ошибки). В процессе тренировки испытуемому разрешается пользоваться счетом в качестве вспомогательного средства для отмеривания времени.

По данным изучения индивидуальной минуты, у больных с невротическими расстройствами наблюдается преимущественно ее уменьшение, т.е. недоотмеривание. Особенно ярко данная тенденция обнаруживается у пациентов с тревожно-фобическими и обсессивно-компульсивными расстройствами, при которых величина индивидуальной минуты достигает в отдельных случаях 25—28 с. Полученные нами результаты совпадают с данными других исследований (Савченко Ю.С., 1970; Самохина Т.В., 1980), обнаружившими резкое сокращение длительности минуты при синдромах тревоги и депрессии, а также у лиц-суицидентов.

Клинические наблюдения позволяют отметить тот факт, что нарушения восприятия времени у больных неврозами отмечаются не только в период развернутой психопатологической симптоматики (и, вероятнее всего, с ней связаны), но и в преморбиде. Можно утверждать, что «потенциальный невротик» склонен чаще «неврозоустойчивой личности» ошибаться в прогнозировании и планировании временных промежутков. Для него типичным являются как упреждающие, так и запаздывающие реакции. Он не способен точно предсказывать течение и длительность времени любой деятельности, что отражается на искажении его временно-пространственных упреждающих действий. Вследствие этого «потенциальный» и реальный невротик часто не могут точно распланировать свое время. Они приходят в назначенное место либо слишком рано, либо слишком поздно. В сочетании с нарушениями пространственного упреждения временные образуют типичный комплекс, этиопатогенетическая связь которого с механизмами неврозогенеза до настоящего времени до конца не ясна. Однако, учитывая наличие подобных отклонений, интерес представляет анализ специфики восприятия человеком времени, влияние на него различных внешних (в первую очередь, эмоциональных) и внутренних (мозговых) факторов.

Известно (Моисеева Н.И., 1989), что в восприятии человеком времени различают два основных направления — типологию (расположение событий во времени) и метрику (измерение времени). В результате типологии, т.е. восприятия порядка последовательностей стимулов, зависящего в значительной степени от разрешающей способности зрения, слуха и Других анализаторов внешнего мира, был выдвинут сенсор-

ный подход. Согласно этому подходу, восприятие зависит исключительно от особенностей внутренних часов организма (Orstein R., 1969). Изучение же метрики времени, т.е. оценки длительности промежутков времени (как заполненных деятельностью, так и «пустых»), привело к созданию познавательного подхода, согласно которому отражение времени сознанием человека зависит от многих факторов, в том числе и от характера восприятия.

Во временной структуре событий в человеческом представлении выделяются следующие элементы:

1. Длительность явлений или событий (или длительность интервалов между явлениями и событиями).

2. Последовательность событий (отношение «до» и «после»).

3. Локализация события во времени (соотношение событий с равномерно происходящими сменами дня и ночи, времени года и др., наслоение событий на время, рассматриваемое как континуум).

4. Скорость событий, частота появления событий в единицу времени.

5. Темп — скорость смены событий.

6. Ритм (ритмичность) — периодическая временная структура, повторение одних и тех же событий через примерно одинаковые промежутки времени.

При невротических расстройствах можно обнаружить изменение или искажение практически всех перечисленных элементов. У пациентов нарушается оценка длительности событий психотравмирующего характера (часто они склонны преувеличивать его длительность, расширять временные границы), последовательности (отмечается своеобразная инверсия происходящих и происходивших событий), локализации во времени, скорости, темпа и ритма явлений и событий. В связи с этим у больных отмечается нарушение временной перспективы, страдает «память о будущем» (по Д. Инвару), а значит, страдает функция прогноза возможных событий. По данным ряда авторов, в условиях стрессовых событий происходит изменение масштаба времени даже У лиц, до того психически здоровых. Так, Ю.Л.Трофимов (1979) показал, что в условиях дефицита времени (что является одним из стрессовых факторов) растет время опозна-

вания образа, а Е.В.Гусев (1982) отметил увеличение длительности индивидуальной минуты даже при умеренном психоэмоциональном напряжении.

Наиболее значимым выводом из исследований восприятия человеком времени в ракурсе рассматриваемой проблемы можно считать обнаружение связи между «адаптоспособностью» (стрессоустойчивостью) и способностью точно оценивать и структурировать временные промежутки, хроноритмологически точно упреждать события и явления. По данным Н.И.Моисеевой и В.М.Сысуева (1981), улиц, умеющих «растягивать» время, особенно в условиях эмоциональных нагрузок и психической травматизации, отмечается высокая способность к адаптации (их индивидуальная минута составляет от 58 до 70 с) по сравнению с теми, кто склонен «укорачивать» время (индивидуальную минуту) до 37-57 с.

Интерес в связи с антиципационной концепцией неврозогенеза представляет анализ причин и факторов, влияющих на восприятие человеком времени. Чаще других основополагающим фактором называется деятельность различных областей головного мозга. Н.А.Бернштейн (1986), А.Р.Лурия (1974) и др. отмечали тот факт, что передние — лобные отделы полушарий головного мозга имеют отношение к программированию поведения и двигательной активности. При поражении фронтальной и префронтальной коры наблюдаются состояния, сопровождающиеся невозможностью предусмотреть последствия собственных поступков, «потерей будущего». При этом И.М.Сеченовым отмечена роль мышечного чувства в восприятии времени. Будущее же время субъекта — это время вероятных завершений психомоторных его деятельностей (Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1988). По мнению последних авторов, нарушения восприятия времени коррелируют с поражениями правого полушария, при которых будущее в сознании больного представлено слабо или отсутствует, что сказывается на уменьшении или исчезновении целенаправленности поведения.

Таким образом, анализ проблемы искажения восприятия времени пациентом с невротическими расстройствами (как в период заболевания, так и в преморбиде) позволяет предполагать, что хроноритмологическая (временная) составляющая антиципационной несостоятельности может являться этиопатогенетически значимым параметром для формирования данного вида психической патологии.

Специфика непреднамеренного запоминания информации и антиципационные механизмы неврозогенеза

Исследование мнестических особенностей больных неврозами, а также оценка роли функционирования памяти в механизмах неврозогенеза не относятся в настоящее время к темам, вызывающим научные споры. В силу традиционных воззрений на неврозообразование мнестическим процессам отводится патопластическая роль. Анализу подвергается лишь роль патологических эмоциональных состояний в генезе «мнестического дефекта» больных, страдающих неврозами.

Однако клинические наблюдения и ряд патопсихологических экспериментов последних лет указывают на то, что значение особенностей функционирования памяти в генезе невротических и, в целом, пограничных психических расстройств может выходить за патопластические рамки. Это связано с генетически заданными церебральными особенностями личности (в том числе мнестическими), специфической нейродинамической организацией мозговых структур, которая подразумевает хранение личностью информации (жизненного опыта) и свойственных ей высших психологических установок. Все вышеперечисленное включается в понятие почвы, которая способствует формированию непсихотических нарушений и при некоторых состояниях, например у психопатических личностей, блокирует полноценную адаптацию личности в силу невозможности использовать прошлый опыт.

Как известно, для того чтобы обеспечить способность к вероятностному прогнозированию, память должна быть определенным образом организована. Она должна сохранять информацию о событиях, встречавшихся в прошлом опыте данного индивидуума; о последовательности этих событий и о том, как часто встречалась в прошлом опыте та или иная цепочка событий; какова была результативность собственных реакций при разрешении тех или иных задач-ситуаций; каков традиционный опыт избегания негативных эмоциональных переживаний и фрустраций. Т.е. для эффективного совладания с психотравмирующими ситуациями и их последствиями человек должен, помимо прочего, иметь план действий, правильному выбору которого и должна способствовать вероятностно организованная память.

Анализ литературы (Зинченко П.И., 1961; Каменецкая Б.И., Фейгенберг И.М., 1972; Брушлинский А.В., 1979; Ломов Б.Ф., 1991 и др.), а также клинические наблюдения позволили предположить, что невротические мнестические феномены, связанные с процессами запечатления, фиксирования и извлечения информации (опыта) из прошлого, входят в дезадаптирующую структуру прогнозирования будущего у больных неврозами и являются патогенетически значимыми.

С целью проверки данной гипотезы нами были обследованы 134 человека, которые составили три группы лиц: 63 пациента, находившихся в невротическом состоянии; 41 пациент, перенесший в прошлом невроз и в течение года после этого не обнаруживавший невротических симптомов; 30 психически здоровых лиц (контрольная группа). Выбор групп для проведения исследования диктовался как возможностью выявления специфических невротических мнестических феноменов, так и попыткой оценить их этиопатогенетическую роль. Обследование лиц, находившихся в периоде т.н. ремиссии невроза, позволяло проанализировать наличие стойких психологических образований, которые могли пронизывать структуру преморбидной личности и обусловливать неврозогенез. Контрольная группа была сформирована из психически здоровых людей, у которых в течение жизни не отмечалось невротических состояний. Все они характеризовались высоким уровнем эмоциональной стабильности, подтверждавшимся клинически и экспериментально-психологически. Для этих целей использовался тест Айзенка по оценке уровня экстраверсии-интраверсии и показателя нейротизма. Основанием Для включения в контрольную группу помимо клинических параметров являлся низкий показатель нейротизма (менее 12 баллов).

В качестве адекватных патопсихологических методик, соответствующих цели и задачам исследования, были выбраны традиционные психологические методики. Изучению, в первую очередь, подвергался процесс непреднамеренного (непроизвольного) запоминания. Патопсихологическое обследование проводилось по схеме, предложенной Б.ФЛомовым (1991), и включало в себя два эксперимента. В первом испытуемый должен был вынимать из урны пронумерованные шары, предварительно предсказывая номер каждого из них. При этом он знал, что в одной серии в урне находились 10 шаров,

пронумерованных от 1 до 10, а в другой — 10 шаров, из которых 5 были пронумерованы «единицей», а остальные — по порядку от 2 до 6. Во втором эксперименте в задачу испытуемого входило предсказание выпадения грани игральной кости. В одной серии в его присутствии бросали тетраэдер, грани которого были пронумерованы от 1 до 4; в другой — куб, грани которого были пронумерованы соответственно 1, 1, 1, 2, 3, 4. Протоколировались результаты ряда предсказаний и ряда действительных результатов. Затем испытуемым предлагалось воспроизвести последовательность действительных исходов и собственных предсказаний. Учитывая данные об отсутствии существенных различий между отставленным и непосредственным воспроизведением при подобном эксперименте, исследовалось лишь непосредственное воспроизведение.

Клиническое обследование 63 пациентов с различными формами невротических расстройств подтвердило значимость антиципационных механизмов в формировании заболевания. Оказалось, что для 60,3% обследованных больных события, вызвавшие невроз, оказались неожиданными, 11,1% предполагали, что «подобное могло произойти», но «не придавали значения своим размышлениям о будущем», а 28,6%, ретроспективно оценивая неожиданность ситуации, указали на тот факт, что оценивали ее как высоковероятную. Клинический анализ мнестических особенностей психической деятельности больных показал, что у подавляющего большинства пациентов события, вызвавшие невротические расстройства, были идентичны тем, которые ранее либо приводили их к ситуационным невротическим реакциям, либо сопровождались психосоматическими нарушениями. Парадоксальным оказался тот факт, что, несмотря на то что пациентам должен был быть известен психотравмирующий характер событий на основании собственного прошлого опыта, вероятность значимой ситуации и возможность появления тяжелых психических переживаний, они как и прежде исключали наиболее значимое и потенциально психотравмирующее событие из вероятностного прогноза. Оно оказывалось вновь неспрогнозированным. Показательным в этом отношении может служить клиническое наблюдение за пациенткой Н., которая четырежды до последнего обращения лечилась в отделении неврозов после однотипной психотравмы — измены супруга. Однако каждый раз после нормализации семейных взаимоотношений и гарантий со стороны мужа

в том, что адюльтер не повторится, она вновь исключала из прогноза психотравмирующий (нежелательный) исход событий, не запечатлевая последовательности событий, не извлекая опыта из прежних однотипных ситуаций. Анализ случая больной Н. позволил задаться вопросами о причинах незафиксированности в памяти и неизвлечения опыта пациенткой (так же как и другими обследованными) из прошлых конфликтных ситуаций. Сами пациенты, описывая сходные феномены, указывали на тот факт, что они «не помнили», как разрешались прежние конфликтные ситуации и что им предшествовало. Кроме того, парадоксальным оказалось то, что пациенты без посторонней помощи редко могли вспомнить собственные прогнозы в отношении возможности развития событий, вызвавших у них невроз. Больная Н. искренне удивлялась, когда ей напоминали о том, что она «не могла предполагать», что муж ей может изменить.

В отличие от больных неврозами, лица, которые были отнесены в группу «неврозоустойчивых», с одной стороны, прогнозировали потенциально психотравмирующие события как высоковероятные (что достоверно отличало их от группы больных), с другой стороны, их кратковременные ситуационные реакции носили единичный характер, поскольку последовательность событий и их реакции запечатлевались ими и позволяли избегать их впредь. При этом не отмечалось нарушений запоминания как реальных событий, так и собственного предвосхищения этих событий. По клиническим особенностям обследованные из группы лиц, перенесших в прошлом невротическое заболевание, разделились на две группы. По психологическим показателям представители одной (68,3%) были сходны с пациентами клинической группы, а другой (31,7%) — с контрольной. Как показало углубленное клиническое и клинико-анамнестическое обследование пациентов, перенесших неврозы, лица из первой подгруппы сохранили после заболевания те психологические особенности (интеллектуальные, мнестические, личностные и пр.), которые были им присущи до него. Они условно были отнесены нами к группе «потенциальных невротиков». Психологические особенности представителей другой подгруппы лиц, находившихся в так называемой ремиссии невроза, по данным объективного анамнеза, кардинально изменились. Можно было говорить о том, что перенесенные невротические расст-

ройства оказались для них важным жизненным опытом, которым они продолжали пользоваться. В первую очередь различия затрагивали характер функционирования антиципационных механизмов.

Как продемонстрировали результаты патопсихологических экспериментов, показатели непреднамеренного запоминания у больных неврозами существенно отличались от показателей психически здоровых лиц. По результатам первого эксперимента (с шарами), в условиях равновероятного исхода событий пациенты с неврозами примерно одинаково (соответственно в 19,6 и 19,2% случаев) воспроизводили как собственные предсказания, так и реальное выпадение шаров (в контрольной группе данные показатели оказались на уровне 29,2 и 22,8%). При неравновероятном исходе событий показатели больных и здоровых практически не различались. Вторая серия экспериментов с тетраэдром и кубом позволила выявить еще более разительные отличия в группах (соответственно при равновероятном — 26,1 и 29,2% у больных при **41,31** и 36,8% у здоровых; при неравновероятном — 35,5 и 32,4% и 52,5 и 35,6%). Следует отметить, что данные патопсихологических экспериментов лиц, перенесших неврозы, но в момент обследования являвшихся практически здоровыми, совпали с клиническими, т.е. у первой подгруппы они не отличались от результатов больных, а у второй — здоровых из контрольной группы. Это позволяло предполагать, что невротические мнестические феномены в качестве почвы могут входить в структуру преморбидных особенностей личности и в зависимости от их выраженности и стойкости приводить либо к формированию готовности к новым невротическим конфликтам, либо к так называемой неврозоустойчивости.

Результаты проведенных клинико-психологических исследований указывают на два важных вывода. Первый заключается в том, что у больных неврозами нарушен процесс непреднамеренного запоминания житейских событий. Данное нарушение проявляется в снижении способности запоминать как собственные прогнозы развития ситуаций, так и их фактический ход. Второй вывод указывает на то, что у больных неврозами не обнаруживается столь явной для здоровых тенденции к более полному запоминанию рядов собственных предсказаний по сравнению с рядами действительных событий. Особенно ярко это представлено при равновероятных прогнозах. Та-

ким образом, можно предполагать, что неспособность больных неврозами извлекать опыт из прошлых событий, а значит, адекватно прогнозировать будущее, базируется, наряду с другими, на невротических мнестических особенностях.

Особый интерес представляет выявленный у больных факт примерно равного непреднамеренного запоминания собственных и действительных событий. Можно допустить две трактовки полученного результата: либо данный мнестический феномен базируется на повышении удельного веса запоминания реальных исходов событий, либо на уменьшении запоминания собственных прогнозов. Данные клинических наблюдений убеждают в том, что второй путь более убедителен — пациенты пропорционально больше, чем здоровые запоминают действительные (реальные) события по сравнению с прогнозируемыми. На этот процесс оказывает влияние и то, что воспоминания носят интенсивный негативный эмоциональный оттенок. В этом состоит сущность невротической «фиксации на препятствии», т.е. можно отметить специфическую для пациентов «селекцию воспринимаемой информации» в сторону запоминания невротизирующей реальности, особенно в условиях, когда прогнозирование развития ситуации не совпадает с реальностью. Однако, по нашему мнению, кататимный механизм не является ведущим в становлении выявленного мнестического феномена. Более адекватной представляется трактовка относительного увеличения непреднамеренного запоминания реальных событий, базирующаяся на нарушении антиципационных процессов. Известно, что эффективность воспроизведения предсказаний зависит от того, подтверждалось или не подтверждалось предсказание, а подтвержденные предсказания у здоровых составляют большую часть воспроизводимого материала. Учитывая тот факт, что у пациентов, страдающих неврозами, расхождение прогнозов с реальностью носит сущностный характер, запоминание собственных предсказаний блокируется их ошибочностью (неэффективностью прогнозирования). Вследствие этого больной непреднамеренно больше запоминает фактов из действительного развития ситуаций, и у него не происходит адекватного запечатления последовательности событий, что и в дальнейшем не способствует формированию адекватной антиципационной модели будущего.

Таким образом, проведенное исследование позволяет констатировать, что выявленные невротические мнестические

феномены в виде изменения качества и количества непреднамеренного запоминания информации больными неврозами входят в структуру антиципационных механизмов неврозогенеза.

Интегративная оценка антиципационных способностей и склонности к невротическим расстройствам

Как правило, научные исследования антиципации и вероятностного прогнозирования при психопатологических состояниях затрагивали академическое изучение особенностей функционирования перечисленных процессов чаще с использованием психофизиологических методик. При проведении экспериментальных работ большое значение придавалось и придается различению реактивности, непосредственной импульсивной активности в ответ на последовательность символов и осознанного отношения к ситуации, на основе которого принимается прогностическое решение. Традиционно для этих целей используются такие методики, как РДО (реакция на движущийся объект), угадывание случайных событий и двигательных реакций на звуковые или слуховые сигналы и некоторые другие. Коммуникативный уровень антиципации, по мнению Б.Ф.Ломова (1991), практически не изучен. Вследствие чего крайне затруднительной остается оценка особенностей антиципационной деятельности по прогнозированию житейских ситуаций, событий обыденной жизни, предугадыванию поведения окружающих и собственных реакций при различных обстоятельствах, способных стать психотравмирующими и вызвать некоторые виды психической патологии.

Как было показано выше, на основании исследований нами было доказано, что нарушение антиципационной деятельности лежит в основе механизмов формирования невротических расстройств у взрослых и детей; что при данной психической патологии наблюдается сочетание отклонений прогностической деятельности на коммуникативном уровне и в сфере преднастройки — в движениях («моторная неловкость»); была выдвинута гипотеза и проведены первые эксперименты, направленные на оценку возможных отклонений антиципационной деятельности при личностных расстройствах, девиациях поведения, соматоформных, психосоматических расстройствах и шизофрении.

С целью экспериментально-психологического изучения и объективизации клинически выявляемой склонности человека к формированию невротических расстройств (у «потенциального невротика») нами была предложена модификация проективного теста фрустрационной толерантности Розенцвейга (Менделевич В.Д., 1988), показавшая свою диагностическую эффективность. Однако с целью расширения диагностической базы и учитывая отсутствие простого в использовании опросникового (непроективного) метода оценки особенностей антиципационной деятельности, нами был создан тест **антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) — ТАС (ПК).** Под антиципационной состоятельностью (прогностической компетентностью) нами понимается способность с высокой вероятностью предвосхищать ход событий, прогнозировать развитие ситуаций и собственные реакции на них и реагировать (действовать) с временно-пространственным упреждением. ТАС (ПК) дает возможность выявить и оценить количественные показатели антиципационных (прогностических) способностей по трем составляющим: личностно-ситуативной, пространственной и временной, что выгодно отличает его от других опросников и модифицированного теста Розенцвейга. *Личностно-ситуативная* составляющая отражает коммуникативный уровень антиципации, т.е. способность прогнозировать жизненные события и ситуации. *Пространственная* демонстрирует способности предвосхищать движение предметов в пространстве, упреждать их, координировать собственные движения, проявляя моторную ловкость. *Временная* презентует хроноритмологические особенности человека — способности прогнозировать течение и точно распределять время.

Объединение в рамках одного теста изучения на первый взгляд далеко отстоящих друг от друга психических качеств обусловлено обнаруженными их клиническими коррелятами. Известно, что, к примеру, моторная ловкость представляет собой не чисто и грубо физическое качество (как сила или выносливость), а образует мостик к настоящей умственной области и даже мудрости. Она концентрат жизненного опыта по части движений и действий. Двигательная ловкость — это своего рода двигательная находчивость, но достаточно часто эта простейшая форма находчивости постепенно перерастает в умственную находчивость и изобретательность. В данном

контексте интерес представляет позиция К.Ясперса о «знании времени» (фактической ориентации во времени). Он отметил тот факт, что способность к оцениванию временных интервалов оказывает непосредственное влияние на осознание будущего, выработку плана дальнейших действий и умение принимать решения в будущем.

Тест состоит из 81 вопроса (55 оценивающих личностно-ситуативную, 14 — пространственную, 12 — временную составляющие). Методика ТАС (ПК) построена по традиционного принципу. Испытуемый имеет возможность оценить свои антиципационные способности по пятибалльной системе (от «совершенно верно» до «совершенно неверно»). Вопросы сформулированы так, чтобы исключить многозначность и позволить испытуемому оценить себя максимально объективно. Часть из них носит прямой, часть — обратный характер. Среди наиболее информативных вопросов-утверждений, оценивающих *личностно-ситуативную* составляющую антиципационной состоятельности (прогностической компетентности), выделяются такие, как: «Часто бывает, что я обижаюсь на близких и знакомых мне людей», «В своей жизни я часто сталкиваюсь (сталкивался) с невообразимым стечением неблагоприятных обстоятельств», «Я склонен обращаться к врачам только тогда, когда уже невмоготу», «Часто я сам от себя не ожидаю какого-либо поступка или реакции на ситуацию», «Со мной нередко происходят несчастные случаи и случаются всяческие происшествия», «Меня нередко обманывают», «Считаю, что пословица: знал бы, где упасть — соломки бы посдтелил — правильна», «Я склонен жить, стараясь не отягощать себя раздумьями о том, что может произойти со мной в будущем», «Я согласен с выражением: не думай ни о чем, что может кончиться плохо», «Меня трудно застать врасплох», «Даже если люди мне что-либо обещают, я не верю им до конца», «Была бы моя воля, я бы обязал окружающих застраховаться от нанесения ущерба здоровью или имуществу соседям, знакомым, попутчикам и пр., поскольку многие люди безалаберны и неосторожны», «Я склонен лучше помнить реально происшедшие со мной неприятные события, чем собственные прогнозы по поводу возможности их появления», «При прогнозировании будущего я чаще склонен ожидать худшего, чем лучшего исхода», «Я всегда точно могу сказать, сколько денег я потратил и сколько у меня осталось», «Знако-

мые считают меня прозорливым человеком», «Считаю, что страховать себя от внезапной смерти или болезни — пустая трата денег», «Анекдоты для меня редко бывают смешными по причине того, что я заранее предполагаю развязку», «Прогнозировать будущее — бесполезное дело», «Я склонен разочаровываться в людях».

К наиболее информативным вопросам-утверждениям, оценивающим *пространственную* составляющую антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) относятся такие, как: «Для меня типично ударяться и ушибаться о расположенные на моем пути предметы», «С детства для меня было типично оступаться и спотыкаться при ходьбе или беге», «Мне нравится (или нравилось) участвовать в играх, требующих ловкости движений», «Я легко жонглирую (жонглировал ранее) различными предметами, подбрасывая и ловя их», «Я всегда могу точно определить, перепрыгну ли я лужу (ручей, яму) или нет», «Мне достаточно один раз пройти по маршруту (в городе, лесу, здании), чтобы хорошо ориентироваться в этом месте в дальнейшем», «Я часто бываю неуклюжим и неловким», «Для меня характерно путать названия правой и левой стороны тела, рук или ног».

Информативными с точки зрения оценки *временной* (хроноритмологической) составляющей антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) являются такие вопросы-утверждения, как: «Нередко я опаздываю на работу (учебу), деловые или личные встречи из-за непредвиденных случайностей в пути», «Я, как правило, ставлю будильник так, чтобы не только все успеть сделать до ухода из дома, но и иметь несколько минут в запасе», «Я веду запись своих дел на день (неделю, месяц), планируя, сколько времени займет то или иное дело», «Мне не составляет труда распланировать свой путь и успеть прийти в назначенное место вовремя», «Мне часто казалось, что у меня еще «уйма времени», чтобы успеть прийти вовремя на работу (учебу, встречу), но я, несмотря на свои прогнозы, опаздывал».

Результаты исследования различных составляющих антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) продемонстрировали достоверные различия показателей у психически здоровых и пациентов с невротическими расстройствами. Показатель личностно-ситуативной составляющей антципационной состоятельности у больных невро-

зами составил 148,7 баллов (в группе контроля — 195,5), пространственной — 45,6 (54,2), временной — 32,3 (43,2).

Таким образом, можно констатировать, что результаты клинико-психопатологических и серии специальных экспериментально-психологических исследований доказывают существование антиципационных механизмов неврозогенеза, уточнение которых позволит более точно понять особенности взаимодействия церебральных и личностно-характерологических расстройств при становлении невротических.

Глава 3. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Семиотика невротических расстройств

Клинические проявления невротических расстройств разнообразны. Они включают сотни психопатологических симптомов и синдромов. Если ранее традиционно выделялись такие клинические формы невротических расстройств, как неврастения, истерический, депрессивный, фобический, ипохондрический неврозы, невроз навязчивых состояний и другие, то в действующей в настоящее время МКБ-10 представлены несколько иные формы. Их можно сгруппировать в следующие блоки: 1) расстройства с преобладанием тревожно-фобического радикала; 2) реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации; 3) диссоциативные (конверсионные) расстройства; 4) соматоформные расстройства. Отличительными чертами каждого из блоков являются психопатологическая симптоматика, возникающая после воздействия на личность психической травмы, и специфика внутриличностного невротического конфликта. Значимой для диагностики невротических расстройств и отграничения их от неврозоподобных, псевдоневротических и иных психических нарушений остается описанная К. Ясперсом *триада невротических расстройств:*

1. Невроз вызывается психической травмой.
2. Жизненное событие становится психотравмой и «звучит» в клинических симптомах в случаях повышенной значимости (оно подходит к личности «как ключ к замку»).
3. После исчезновения психической травмы или по прошествии времени невротические симптомы исчезают.

В данном разделе приведены описания невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (рубрика F4 в МКБ-10), их диагностические и дифференциально Диагностические критерии, рекомендуемые ВОЗ.

Тревожио-фобическиерасстройства (F40)

Считается, что тревога является наиболее распространенным и типичным для невротических расстройств психопатологическим симптомом (Березин Ф.Б., 1988), на базе которого формируются многие иные симптомокомплексы и синдромы. Тревогой называется чувство внутренней напряженности, связанное с ожиданием угрожающих событий. Тревога проецируется в будущее, в отличие от тоски (при реакциях на тяжелый стресс и нарушениях адаптации), которая нацелена на прошлое. В отличие от тревоги, носящей бесфабульный характер, фобия всегда нацелена на конкретное явление, человека, событие. Страхом обозначается чувство внутренней напряженности, связанное с ожиданием конкретных угрожающих событий, действий (страх чаще проецируется вовне — страх острых предметов, животных и т.д.).

Перечисленными эмоциональными симптомами не исчерпываются переживания пациента с тревожно-фобическими расстройствами. Существует спектр переживаний от волнения, беспокойства до выраженной тревоги, паники и ажитации. К тревожно-фобическим расстройствам относят агорафобию, социальные и изолированные фобии. В целом насчитывается более трехсот фобий) (см. приложение).

Фобии составляют самую многочисленную группу навязчивых состояний. Насчитывается более 300 форм навязчивых страхов. Наиболее известными являются социальные фобии, суть которых заключается в навязчивом страхе испытать внимание окружающих или совершить что-то, что могло бы вы(вать неудовольствие со стороны участников коммуникации. К таким *социофобиям* относят: страх покраснения при людях эрейтофобия), страх показаться смешным (скопофобия), страх неудержания газов в кишечнике или страх рвоты в обществе, страх рассмеяться на похоронах или в неподходящем месте, страх выкрикнуть бранное слово в аудитории и т.д. Нередко встречаются *нозофобии* — навязчивые страхи заболеть какой-либо болезнью: инфарктом миокарда (кардиофобия), раком (канцерофобия), сифилисом (сифилофобия), СПИДом спидофобия), страх сойти с ума (лиссофобия), получить запредельную дозу облучения. Особыми видами фобий являются *агорафобия* и *клаустрофобия*, являющиеся по сути метафобиями, т.е. навязчивым страхом, возникающим вследствие су-

шествования у человека иных фобий. При агорафобии навязчивый страх затрагивает нахождение в открытых и больших пространствах (на улице, площади, в толпе), при клаустрофобии — в закрытых, замкнутых помещениях (лифте, вагоне поезда, салоне трамвая или автобуса). При этом, в первую очередь, возникает страх оказаться оставленным без помощи (например потерять сознание). Клинически навязчивые страхи сопровождаются паническими атаками, выраженной тревогой, часто двигательным беспокойством и неусидчивостью.

Агорафобия (F40.0)

Считается, что агорафобия в подавляющем большинстве случаев начинается с панического приступа в связи с каким-либо психотравмирующим событием (серьезное заболевание, несчастный случай, смерть близких или расставание с ними, ранний послеродовой период, первое употребление наркотических средств) на фоне физической или эмоциональной перегрузки. На пике тревоги больные начинают страшиться умереть от остановки сердца, от удушья или ощущают, что могут «сойти с ума». Подобное выраженное эмоциональное состояние диктует им необходимость изменения поведения. Они вырабатывают ограничительное поведение, фиксированы на соматических проявлениях и собственном самочувствии. Постепенно формируется страх повторных эпизодов, и пациент начинает избегать ситуаций, где ему не могла бы быть быстро оказана помощь в случае приступа. Больной опасается остаться один дома или быть вне дома без сопровождения близкого лица, оказаться в местах, откуда трудно быстро выбраться. Это может быть уличная толпа (в буквальном переводе агорафобия означает страх рыночной площади, т.е. места скопления людей), театральные залы, мосты, тоннели, лифты, закрытый транспорт, в особенности метро и самолет. В тяжелых случаях больные вообще отказываются выходить из дома, хотя иногда в сопровождении близкого человека, которому доверяют, они могут не только покидать дом, но и совершать дальние поездки.

К диагностическим критериям относятся (Попов Ю.В., Вид В.Д., 1997):

1) выраженный и стойкий страх или избегание по меньшей мере двух из следующих ситуаций: а) людские толпы, б) общественные места, в) самостоятельные поездки, г) поездки на дальние расстояния от дома;

2) после появления расстройства в угрожающих для больного ситуациях появляются не менее одного раза одновременно по меньшей мере один из нижеперечисленных вегетативных и по меньшей мере один из остальных симптомов: *вегетативные симптомы* — а) усиленное сердцебиение или тахикардия, б) профузное потоотделение, в) тремор, г) сухость во рту не как следствие медикации или жажды; *торако-абдоминальные симптомы* — д) одышка, е) чувство удушья, ж) боли или неприятные ощущения в груди, з) тошнота или чувство желудочно-кишечного дискомфорта; *психические симптомы* — и) головокружение, слабость и неуверенность при ходьбе, к) симптомы дереализации и деперсонализации, л) страх потерять над собой контроль, сойти с ума, м) страх умереть; *общие симптомы* — н) приливы жара или холода, о) парестезии;

3) отчетливый эмоциональный дискомфорт вследствие симптомов тревоги и избегающего поведения, которое осознается больным как нерациональное и неадекватное;

4) симптомы исключительно или преимущественно ограничиваются фобическими ситуациями или мысленной фиксацией на них;

5) состояние не соответствует критериям органического, шизофренического, аффективного или обсессивно-компульсивного расстройства, а также специфическим культурным воззрениям.

Социальные фобии (F40.1)

Фобии, относящиеся к социальным, объединены страхом оказаться в центре внимания окружающих, проявив себя неловко, неуклюже, вызвать ироничное, снисходительное или иное негативное их отношение. Важным является страх появления стыда и замешательства в присутствии окружающих. При этом, так же как и при агорафобии, появляется ограничительное поведение, приносящее пациенту страдания. Такие больные начинают избегать ситуаций, в которых должны совершать какие-то действия на глазах у других, предполагая отрицательную оценку этих действий — говорить, писать, есть, посещать общественный туалет и т.д.

Социальная фобия диагностируется при соответствии состояния следующим критериям:

1) по крайней мере один из следующих признаков: а) отчетливый страх находиться в центре внимания или вызвать осуж-

дающее отношение окружающих, б) отчетливое избегание находиться в центре внимания или в ситуациях, в которых возникает страх вызвать к себе осуждающее отношение окружающих;

2) наличие в угрожающих ситуациях, по меньшей мере один раз с начала расстройства, не менее двух симптомов тревоги из обозначенных для Р40.0 критерия 2, а также не менее одного из следующих: а) гиперемия лица или тремор, б) страх рвоты, в) позыв к мочеиспусканию или дефекации или страх перед этим;

3) критерии 3—5 F40.0.

Специфические (изолированные) фобии (F40.2)

К изолированным фобиям относят разнообразные виды навязчивых страхов конкретных ситуаций, явлений, людей. Синдром состоит из страха ожидания психотравмирующего фактора, тревожного состояния во время действия этого фактора, которое может достигать уровня панического приступа, и поведения избегания самого фактора. Состояние, в отличие от агорафобии и социальных фобий, обычно не сопровождается иными психопатологическими симптомами. Страх нередко вызывает не собственно объект, а какие-то последствия контакта с ним. Диагностика специфической фобии происходит на основе соответствия состояния тем же критериям, что и при социальной фобии, с соответствующим исключением социальной и агорафобии.

Другие тревожные расстройства (F41)

Группа расстройств, относимых к тревожным, отличается от тревожно-фобических расстройств в первую очередь отсутствием четко сформированных по фабуле страхов. Выраженность тревоги колеблется от т.н. свободно плавающей до паники. Основным опасением пациента является ожидание какого-либо несчастья, трагедии, которые должны случиться с ним или с его близкими. Тревожные расстройства могут носить пролонгированный или эпизодический характер.

Паническое расстройство
(эпизодическая пароксизмшьная тревога) (F41.0)

Паническое расстройство диагностируется на основании соответствия состояния следующим критериям:

1) повторные панические приступы, часто возникающие

спонтанно, непредсказуемо, вне связи со специфическими ситуациями или конкретными объектами, физическим напряжением, опасными и угрожающими для жизни ситуациями;

2) панический приступ имеет следующие характеристики: а) это очерченный эпизод интенсивной тревоги или недомогания, б) начинается внезапно, в) достигает максимума в течение нескольких минут и длится также не менее нескольких минут, г) в структуре синдрома могут быть установлены по меньшей мере 4 симптома из перечисленных для критерия 2 агорафобии (F40.0), из них — не менее одного из подгруппы вегетативных симптомов (а—г);

3) состояние не является следствием соматического расстройства и не соответствует критериям органического психического заболевания, шизофрении, аффективного или соматоформного расстройства (F45). В зависимости от интенсивности состояние кодируется как F41.00 (паническое расстройство средней тяжести — по меньшей мере 4 приступа в течение месяца) или F41.01 (тяжелое паническое расстройство - по меньшей мере 4 приступа в неделю на протяжении месяца).

Генерализованное тревожное расстройство (F41.1)

Характерным для генерализованного тревожного расстройства считается длительная, стойкая, не связанная с какими-либо конкретными ситуациями тревога, сочетающаяся с ощущениями внутреннего дискомфорта, неусидчивостью, а также комплексом кардиореспираторных нарушений и вегетативной дисфункции. Тревожность достигает такого уровня, что пациенты утрачивают способность заниматься повседневными делами. Их поведение дезорганизовано вследствие постоянного присутствия беспокойства, опасений, волнения, тревоги. Структура их прогнозирования носит поливариантный характер. Предвосхищаются только негативные события и трагедии.

Генерализованное тревожное расстройство диагностируется при соответствии состояния следующим признакам:

1) в течение не менее 6 месяцев преобладает внутреннее напряжение, повышенные озабоченность и опасения относительно повседневных событий и проблем;

2) из списка симптомов критерия 2, приведенных для агорафобии (F40.0), должно присутствовать не менее одного из группы вегетативных (а—г) и еще не менее трех из остальных (д—о), к которым в данном случае добавляются еще две группы

симптомов — *симптомы напряжения:* п) мышечное напряжение, острые и хронические мышечные боли, р) беспокойство и неспособность расслабиться, с) чувство взвинченности, нервозности и психического напряжения, т) чувство кома в горле или затруднения при глотании; *другие неспецифические симптомы* — у) чрезмерные реакции на неожиданные ситуации, пугливость, ф) трудности сосредоточения, чувство пустоты в голове в связи с озабоченностью или тревогой, х) стойкая раздражительность, ц) трудности засыпания в связи с озабоченностью;

3) состояние не должно соответствовать критериям панического (F41.0), фобического (F40), обсессивного (F42) или ипохондрического (F45.2) расстройства;

4) состояние невозможно также объяснить наличием органического психического нарушения (как, например, гипертиреоз) или нарушения, связанного с употреблением психоактивного вещества (например злоупотребление амфетаминами или синдром отмены бензодиазепиновых препаратов).

Смешанное тревожное а депрессивное расстройство (F41.2)

Рубрика применима тогда, когда ни один компонент не доминирует над другим и оба недостаточно развернуты для постановки диагноза какого-то тревожного или депрессивного расстройства. В противном случае, по мнению Ю.В.Попова и В.Д.Вида (1997), выставляются оба (при невозможности установления двух диагнозов из практических соображений предпочтение отдается депрессии). Диагноз ставится лишь при наличии вегетативных компонентов тревоги; наличие отчетливой связи с ситуативными моментами является основанием для диагностики расстройства адаптации (F43.2).

Обсессивно-компульсивное расстройство (F42)

Обсессивно-компульсивное расстройство в общепсихиатрическом смысле входит в структуру ананкастического синдрома (рис. 2), объединяющего помимо обсессий и компульсий фобии, расположенные в МКБ-10 в иной подрубрике.



Рисунок 2. Структура ананкастического синдрома

Под *обсессиями* понимают навязчивые мысли, воспоминания, представления, овладевающие сознанием больного, от которых он не может волевым усилием избавиться. Их иногда обозначают «умственной жвачкой». Мысли «приходят в голову» как бы автоматически, тревожат пациента, мешают ему заниматься обычной деятельностью. Нередко встречаются навязчивое влечение запоминать имена и названия (ономатомания), навязчивый счет (арифмомания), при котором человек склонен постоянно подсчитывать какие-либо предметы - окна в домах, номера машин, ступени на лестнице.

Выделяют (Попов Ю.В., Вид В.Д.) четыре основные симптоматические группы обсессивных расстройств.

1) Озабоченность возможным загрязнением, обычно физиологическими выделениями, но также разносчиками заразы и грязью вообще, сопровождаемая избеганием соприкосновения с «опасными» объектами и многочасовым защитным мытьем, доходящим до стирания кожи рук. Мытье рук встречается у половины всех обсессивных больных. В этой группе преобладают женщины. От фобий эти навязчивости отличаются тем, что появляются в отсутствие фобического стимула.

2) Навязчивые сомнения, сопровождаемые многократной компульсивной проверкой (например, выключен ли газ, свет). Больные постоянно озабочены тем, что забыли что-то сделать, или, возможно, сделали что-то не так. Часто наблюдаются навязчивый счет, повторения, повышенная тщательность, педантичность, стремление добиться в чем-либо полноты, совершенства, симметричности и точности расположения предметов. Типичным является накапливание в принципе ненужных вещей, не выбрасываемых из опасения, что они когда-либо могут все же понадобиться. Иногда их скапливается огромное количество. Больные этих двух групп составляют около 75% от всего контингента больных с навязчивостями.

3) Навязчивые мысли и представления, непроизвольно вторгающиеся в сознание больного в виде живых зрительных образов. Обычно это представления о каком-то агрессивном или сексуальном акте по отношению к близким, на которые пациенты крайне болезненно реагируют. Отдельные представления могут вызывать отвращение больного или отталкивать своей бессмысленностью. В навязчивые конструкции вторгается т.н. магическое мышление (например представление о том, что какое-то малозначащее действие может по-

влечь за собой смерть кого-то из близких). В навязчивых раздумьях больные бесплодно углубляются в метафизические мудрствования.

4) Навязчивая медлительность, в которой сплав обсессивных и компульсивных компонентов является тяжким препятствием любой повседневной деятельности больного, растягивая на часы одевание, прием пищи, бритье и т.д. В этой группе преобладают мужчины. Здесь уровень тревоги может быть, несмотря на интенсивность симптоматики, относительно невысоким.

Симптомы этих основных групп могут перекрывать друг друга и трансформироваться в ходе заболевания. Высока коморбидность с депрессией, эта симптоматика в разной степени выраженности представлена примерно у половины больных, у трети депрессивные проявления переходят на уровень психотического регистра. Риск суицида характерен для всей этой части больных, хотя он в целом и ниже, чем у других категорий психиатрических пациентов. Типичны вегетативные симптомы тревоги и тягостное состояние психического дискомфорта. Началу в более чем половине случаев предшествует перенесенный стресс (беременность, смерть близких, сексуальный конфликт и пр.).

Компульсии проявляются навязчивыми, не поддающимися коррекции и полной контролируемости действиями. К ним относятся, например: тикозные расстройства, навязчивое непреодолимое обкусывание и проглатывание ногтей (онихофагия), выдергивание волос (трихотилломания), сосание пальцев. Встречаются также навязчивые двигательные ритуалы в виде навязчивого мытья рук с целью исключения случайного заражения, навязчивых поступков (псевдосуеверий) — носить сумку только пряжкой внутрь, не наступать на трещины в асфальте и т.д.

Обсессивно-компульсивное расстройство диагностируется при соответствии состояния следующим критериям:

1) навязчивые мысли и/или действия, наблюдающиеся практически постоянно в течение не менее 2 недель;

2) навязчивые идеи, представления и действия характеризуются следующими общими признаками: а) они воспринимаются больными как собственные и не навязанные извне, б) они постоянно повторяются, и по меньшей мере одна навяз-

чивая мысль или одно навязчивое действие признаются чрезмерными или бессмысленными, в) больные пытаются им противодействовать, хотя в некоторых случаях и в весьма слабой степени (безуспешные попытки сопротивления наблюдаются относительно не менее одной навязчивой мысли или одного навязчивого действия), г) мыслительное или поведенческое воспроизведение обсессии само по себе не является приятным (что следует отличать от преходящего снижения напряженности или тревоги);

3) больные субъективно страдают от навязчивых мыслей и действий или в результате обсессии (главным образом в результате большого расхода времени на выполнение навязчивостей), объективно снижен уровень их социального приспособления;

4) состояние не соответствует признакам шизофрении (F2) или аффективного расстройства (F3).

В зависимости от структурных особенностей обсессивного синдрома (доминирование отдельного компонента или равная их представленность) выделяются категории: F42.0 (преимущественно навязчивые мысли или умственная жвачка), F42.1 (преимущественно компульсивные действия, обсессивные ритуалы) и F42.2 (смешанные обсессивные мысли и действия).

Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43)

Выделенная группа невротических расстройств отличается от предыдущих тем, что имеет отчетливую временную и причинную связь с психотравмирующим (как правило, объективно значимым) событием. Стрессовое жизненное событие характеризуется неожиданностью, существенным нарушением жизненных планов. Типичными тяжелыми стрессорами являются боевые действия, природные и транспортные катастрофы, несчастный случай, присутствие при насильственной смерти других, разбойное нападение, пытки, изнасилование, стихийное бедствие, пожар.

Острая реакция на стресс (F43.0)

Острая реакция на стресс характеризуется разнообразными психопатологическими симптомами, имеющими склонность быстро видоизменяться. Типичным считается наличие «оглушенности» после воздействия психотравмы, неспособность

адекватно реагировать на происходящее, нарушения концентрации и устойчивости внимания, нарушение ориентировки. Возможны периоды ажитации и гиперактивности, панической тревоги с вегетативными проявлениями. Может присутствовать амнезия. Длительность данного расстройства составляет от нескольких часов до двух-трех дней. Основным становится переживание психотравмы.

Острая реакция на стресс диагностируется при соответствии состояния следующим критериям:

1) переживание тяжелого психического или физического стресса;

2) развитие симптомов непосредственно вслед за этим в течение часа;

3) в зависимости от представленности приведенных ниже двух групп симптомов А и Б острая реакция на стресс подразделяется на легкую (F43.00, имеются лишь симптомы группы А), средней тяжести (F43.01, имеются симптомы группы А и не менее 2 симптомов из группы Б) и тяжелую (симптомы группы А и не менее 4 симптомов группы Б или диссоциативный ступор F44.2). Группа А включает критерии 2, 3 и 4 генерализованного тревожного расстройства (F41.1). Группа Б включает следующие симптомы: а) отход от ожидаемого социального взаимодействия, б) сужение внимания, в) очевидная дезориентировка, г) гнев или вербальная агрессия, д) отчаяние или безнадежность, е) неадекватная или бессмысленная гиперактивность, ж) неконтролируемая, крайне тяжелая (по меркам соответствующих культурных норм) грусть;

4) при смягчении или устранении стресса симптомы начинают редуцироваться не ранее чем через 8 часов, при сохранении стресса — не ранее чем через 48 часов;

5) отсутствие признаков какого-либо другого психического расстройства, за исключением генерализованного тревожного (F41.1), эпизод какого-либо предшествующего психического расстройства завершен не менее чем за 3 месяца до действия стресса.

Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1)

Посттравматическое стрессовое расстройство возникает как отставленная или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, выходящего за рамки обыденных жи-

тейских ситуаций, которые способны вызвать дистресс практически у любого человека. Вначале к таким событиям были отнесены лишь военные действия (война во Вьетнаме, Афганистане). Однако вскоре жизнь предоставила ученым широкое поле для изучения явления, которое перестало быть эксквизитным.

Посттравматическое стрессовое расстройство, как правило, обусловливается следующими факторами:

- военными действиями;
- природными и искусственными катастрофами;
- террористическими актами (в том числе взятием в заложники);
- службой в армии;
- отбыванием заключения в местах лишения свободы;
- насилием и пытками.

Типичными признаками психического расстройства у участников перечисленных трагических событий являются эпизоды повторного переживания психической травмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), кошмарных сновидений, отчуждение от других людей, утрата интереса к жизни и эмоциональная притупленность, уклонение от деятельности и ситуаций, напоминающих о трагическом событии. Подобное психическое состояние нередко провоцирует иные аномальные формы поведения, зачастую ведет к аддикциям, желанию отстраниться от реальности, уйти в мир фантазий и грез с помощью наркотических веществ или алкоголя.

Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1) диагностируется при соответствии состояния следующим критериям:

1) кратковременное или длительное пребывание в чрезвычайно угрожающей ситуации или ситуации катастрофы, которое вызвало бы почти у каждого чувство глубокого отчаяния;

2) стойкие, непроизвольные и чрезвычайно живые воспоминания (flash-backs) перенесенного, находящие свое отражение и в снах, усиливающиеся при попадании в ситуации, напоминающие стрессовую или связанные с ней;

3) избегание ситуаций, напоминающих стрессовую или связанных с ней, при отсутствии такого поведения до стресса;

4) один из нижеследующих двух признаков — А) частичная или полная амнезия важных аспектов перенесенного стресса,

Б) наличие не менее двух из нижеследующих признаков повышенной психической чувствительности и возбудимости, отсутствовавших до экспозиции стрессу - а) нарушения засыпания, поверхностный сон, б) раздражительность или вспышки гневливости, в) снижение сосредоточения, г) повышенный уровень бодрствования, д) повышенная боязливость;

5) за редкими исключениями, соответствие критериям 2-4 наступает в пределах 6 месяцев после экспозиции стрессу или по окончании его действия.

Распространенность посттравматического стрессового расстройства уступает в настоящее время в условиях России *социально-стрессовым расстройствам* в широком понимании данного термина (Александровский Ю.А., 2000). Естественно, что количество лиц, подвергающихся прямому физическому и психическому насилию или участвовавших в боевых действиях несравнимо с числом тех, кто испытывает так называемый *стресс повседневной жизни* и находится в сложных жизненных ситуациях, не в последнюю очередь обусловленных макросоциальными факторами.

По данным некоторых отечественных психиатров, количество сограждан, нуждающихся в лечебно-консультативной помощи психиатра, психолога или психотерапевта исчисляется десятками миллионов (Дмитриева Т.Б.). Считается, что наиболее часты среди социально-стрессовых расстройств: невротические и психосоматические нарушения, делинквентные и аддиктивные формы аномального поведения, донозологические психические расстройства психической адаптации.

Ю.А.Александровским описаны на примере российской Действительности характеристики группы социально-стрессовых расстройств, определяемой складывающейся психогенно-актуальной для большого числа людей социально-экономической и политической ситуацией. Их суть заключена в том, что складывающая в постсоциалистическом обществе социально-психологическая ситуация приводит к ломке общественного сознания и смене жизненных ориентиров десятков миллионов людей. Развивающиеся вследствие этого массовые проявления состояний психоэмоционального перенапряжения и психической дезадаптации, по существу, являются *коллективной психической травмой,* естественной «экспе-

риментальной моделью» социальных стрессовых расстройств. По мнению Ю.А.Александровского, основными причинами и условиями возникновения социально-стрессовых расстройств являются:

• макросоциальные общегрупповые психогении, изменяющие стереотип жизнедеятельности больших контингентов населения;

• социально-стрессовые обстоятельства, носящие хронический, растянутый по времени характер, их динамика непосредственно определяет компенсацию и декомпенсацию невротических нарушений;

• коренное изменение общественных отношений, выходящее за рамки обычного опыта;

• смена системы культуральных, идеологических, моральных, религиозных представлений, норм и ценностей, остававшихся неизменными на протяжении жизни прежних поколений;

• изменение социальных связей и жизненных планов;

• нестабильность и неопределенность жизненного положения;

• ухудшение соматического здоровья;

• усиление декомпенсации невротических и патохарактерологических нарушений под воздействием «биогенного» влияния экологических вредностей.

Клинически социально-стрессовые расстройства проявляются невротическими симптомами, такими как: вегетативные дисфункции, нарушения ночного сна, астенические и истерические расстройства, панические расстройства; и отклонениями поведения в виде заострения личностно-типологических черт характера, развитием саморазрушающей нецелесообразности поведения, утраты «пластичности общения» и умения приспосабливаться к происходящему с сохранением перспектив, появления цинизма, склонности к антисоциальным действиям.

В современных условиях психика многих людей оказывается недостаточно пластичной для быстрого и адекватного приспособления к стремительно меняющимся условиям жизни, что приводит к развитию разнообразных поведенческих девиаций, связанных с кризисом идентичности. Б.С.Положий (1996) выделяет четыре варианта кризиса идентичности, про-

являющегося как на донозологическом, так и на нозологическом уровне: *анемический, диссоциальный, негативистический и магический*.

Под *анемическим* вариантом кризиса идентичности понимается поведение людей, характеризующееся утратой жизненного тонуса, прежних интересов, снижением активности и целеустремленности, своеобразной аутизацией, доминированием тревожно-депрессивного фона настроения, неверием в собственные силы, ощущением своей малозначимости, неспособности противостоять коллизиям судьбы.

Диссоциальный вариант кризиса идентичности выражается такими свойствами, как: стремление к агрессивному поведению по отношению к лицам, высказывающим несовпадающую с собственной точку зрения, абсолютная нетерпимость к окружающим, доминирование угрюмо-злобного аффекта, сочетающееся с легкой внушаемостью.

Негативистический вариант кризиса идентичности проявляется, в первую очередь, упрямством, нарочитым недовольством всеми и вся, скептически-пессимистической оценкой происходящего, уклонением от любой активности по декларируемой причине безрезультатности какой-либо деятельности.

В *магический* вариант кризиса идентичности входят такие поведенческие проявления, как: бурный всплеск интереса ко всему необъяснимому, иррациональному, мистическому, переключение всей деятельности (даже в ущерб себе и близким) на активность в сфере поиска истины, разгадки тайн бытия.

Перечисленные выше расстройства могут быть как донозологического, так и клинического (собственно невротического) уровня. Их объединение обусловлено тесной связью с длительным, хроническим стрессом, обусловленным широкомасштабными социально-психологическими причинами. В посттравматическом, социально-стрессовом расстройствах и кризисах идентичности отражаются глобальные макросоциальные процессы, изменить которые личность не в силах. Если при микросоциальных контактах возможно действительное «продуцирование личностью психотравм», то при макросоциальных появление событий, становящихся психотравм ирующими, от личности человека не зависит.

К типичным психическим реакциям на стресс относятся *расстройства адаптации в виде депрессивных реакций, реакций с преобладанием тревоги или нарушением поведения.*

Расстройства адаптации (F43.2)

Расстройства адаптации считаются состояниями субъективного дистресса и проявляются, в первую очередь, эмоциональными расстройствами в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию. Психотравмирующий фактор может поражать интегральность социальной сети человека (потеря близких, переживание разлуки), широкую систему социальной поддержки и социальных ценностей, а также затрагивать микросоциальное окружение. В случае *депрессивного варианта* адаптационного расстройства в клинической картине появляются такие аффективные феномены, как горе, понижение настроения, склонность к уединению, а также суицидальные мысли и тенденции. При *тревожном варианте* доминирующими становятся симптомы беспокойства, неусидчивости, тревоги и страха, спроецированные в будущее, ожидание несчастья.

Расстройства адаптации (F43.2) диагностируются при соответствии состояния следующим критериям:

1) идентифицированный психосоциальный стресс, не достигающий чрезвычайного или катастрофального размаха, симптомы появляются в течение месяца;

2) отдельные симптомы (за исключением бредовых и галлюцинаторных), соответствующие критериям аффективных (F3), невротических, стрессовых и соматоформных (F4) расстройств и нарушений социального поведения (F91), не соответствующие полностью ни одному из них. Симптомы могут варьировать по структуре и тяжести. Расстройства адаптации в зависимости от доминирующих в клинической картине проявлений дифференцируются следующим образом: F43.20 кратковременная депрессивная реакция — преходящее состояние легкой депрессии, длящееся не больше месяца; F43.21 пролонгированная депрессивная реакция — легкое депрессивное состояние как реакция на затяжную стрессовую ситуацию, длящееся не более двух лет; F43.22 смешанная тревожная и депрессивная реакция — представлена как тревожная, так и депрессивная симптоматика, по интенсивности не превышающая смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) или другие смешанные тревожные расстройства (F41.3); F43.23 с преобладанием нарушения других эмоций — симптоматика имеет разнообразную структуру аффекта,

представлены тревога, депрессия, беспокойство, напряженность и гнев. Симптомы тревоги и депрессии могут соответствовать критериям смешанного тревожного и депрессивного расстройства (F41.2) или других смешанных тревожных расстройств (F41.3), но их выраженность недостаточна для диагностики более специфических тревожных или депрессивных расстройств. Эта категория должна использоваться и для реакций детского возраста, где дополнительно присутствуют такие признаки регрессивного поведения, как энурез или сосание пальца; F43.24 с преобладанием нарушения поведения - расстройство затрагивает преимущественно социальное поведение, например агрессивные или диссоциальные его формы в структуре реакции горя в подростковом возрасте; F43.25 смешанное расстройство эмоций и поведения — определяющими являются как эмоциональные проявления, так и нарушения социального поведения; F43.28 другие специфические преобладающие симптомы;

3) симптомы не превышают по длительности 6 месяцев с момента прекращения действия стресса или его последствий, за исключением затяжных депрессивных реакций (F43.21).

Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44)

Диссоциативные (конверсионные) расстройства, называвшиеся в МКБ-9 истерическими, характеризуются разнообразными нарушениями функционирования организма и психики пациента, имитирующими органическую патологию. В основе диссоциативных расстройств лежит истерический невротический конфликт. Психопатологическая симптоматика «условно приятна», бессознательно выполняет роль замещения неразрешенного конфликта. Она может носить как непсихотический, так и психотический характер (по МКБ-10).

Диссоциативная амнезия (F44.0)

Диссоциативная амнезия возникает остро, вслед за психической травмой, и характеризуется потерей памяти на короткий промежуток времени (в 80% случаев амнезия длится от 1 До 7 дней). При этом поведение пациента носит характер дезорганизованности. Он может бесцельно блуждать, не узнавать хорошо ему знакомые лица. Иногда пациент может сохранять привычный рисунок поведения и удовлетворительно выполнять какую-то повседневную деятельность.

При всех диссоциативных расстройствах состояние должно соответствовать двум общим диагностическим критериям (Попов Ю.В., Вид В.Д.):

1) состояние не может быть объяснено каким-либо соматическим заболеванием, которое сопровождается характерными для данного расстройства симптомами;

2) существует убедительная временная связь между диссоциативным расстройством и стрессогенными событиями, проблемами или потребностями.

Кроме этого, в случае амнезии должны отмечаться следующие признаки:

1) частичная или полная амнезия травматичных стрессовых импульсов;

2) при всей вариабельности проявлений, амнезия носит слишком выраженный и стойкий характер, чтобы быть объясненной нормальной забывчивостью или симулятивным поведением.

Диссоциативная фуга (F44.1)

Фуга характеризуется неожиданно совершаемой человеком поездкой или даже путешествием в состоянии, соответствующем диссоциативной амнезии. В отличие от психогенной амнезии, больной во время эпизода фуги не осознает расстройства памяти и внешне не выглядит дезориентированным. «Новая» личность, в которой он выступает, обычно отличается от собственной, ее черты могут быть богато детализированными или бледными и фрагментарными. Поведение во время фуги внешне не свидетельствует о намерении отреагировать на какое-то специфическое психотравмирующее переживание. Больной может назваться новым именем, заниматься другой профессией и вовлекаться в сложные социальные взаимодействия, но обычно он не делает ничего привлекающего к себе особое внимание. В редких случаях возможны вспышки агрессивности, в начале эпизода — кратковременная фаза обнубиляции сознания. Фуга обычно длится несколько часов или дней. Завершение эпизода, как и начало, происходит внезапно, часто на выходе из ночного сна. Возвращение в память предшествовавших эпизоду обстоятельств сопровождается частичным или полным забыванием происходившего во время фуги.

Для диагностики состояния диссоциативной фуги помимо общих для диссоциативных расстройств признаков (F44) должны быть соблюдены следующие критерии:

1) предпринята неожиданная поездка с удалением от привычной социальной обстановки, внешне нормально организованная, с сохранным в целом самообслуживанием в течение всего времени эпизода;

2) частичная или полная амнезия эпизода, соответствующая признаку 2 диссоциативной амнезии.

Диссоциативный ступор (F44.2)

Для его диагностики состояние, помимо общих для диссоциативных расстройств (F44), должно соответствовать следующим критериям:

1) значительное снижение или отсутствие произвольных движений и речи, а также нормальной реакции на свет, звук и прикосновение;

2) сохранность нормального мышечного тонуса, дыхания, способности самостоятельно поддерживать вертикальное положение тела и зачастую ограниченная координация движения глазных яблок.

Трансы *и состояния одержимости (F44.3)*

Для диагностики состояния, помимо общих для всех диссоциативных расстройств (F44), требуется выполнение следующих критериев:

1) А или Б: А) наличие транса, преходящего изменения сознания с по меньшей мере двумя из следующих признаков: а) утрата чувства собственной идентичности, б) сужение сознания в отношении восприятия непосредственного окружения или необычно суженная и избирательная фокусировка на раздражителях извне, в) ограничение повторяющегося репертуара движений и речи; Б) состояние одержимости, когда имеется убежденность в нахождении под властью духа, потусторонней силы, божества или другого лица;

2) проявления признака 1 являются непроизвольными и нежелательными для субъекта, а также не включены в религиозные или иные культурально приемлемые обычаи или представляют собой ситуативно нежелательное их продолжение;

3) отсутствует связь с галлюцинаторно-бредовыми расстройствами шизофренного (F2) или аффективного (F3) круга.

Диссоциативные расстройства движений и ощущений (F44.4 - F44.7)

Типичными для этой группы расстройств являются парезы и параличи, астазия-абазия и др. симптомы, при которых клинические проявления не соответствуют признакам истинных неврологических расстройств (характерна анестезия конечностей по типу «чулок» и «носков», гемианестезия с границей чувствительности, проходящей по срединной линии). Помимо парезов, типичными являются истерическое нарушение походки (астазия-абазия), истерический ком (globus histericus), ложная беременность (pseudocyesis).

Для всей группы расстройств прежде всего характерны общие признаки диссоциативных нарушений (F44). Для диагностики диссоциативных расстройств моторики (F44.4) состояние должно соответствовать одному из следующих признаков:

1) полная или частичная утрата произвольной моторики, включая речь;

2) различные или переменные степени нарушений координации, атаксия или неспособность стоять без посторонней помощи.

Для диагностики диссоциативных судорог (F44.5) состояние должно соответствовать следующим признакам:

1) внезапные и неожиданные судорожные движения, напоминающие различные формы эпилептических приступов;

2) судороги не сопровождаются потерей сознания (могут быть состояния ступора), прикусыванием языка, гематомами или повреждениями в результате падения, недержанием мочи.

Для диагностики диссоциативной анестезии и утраты чувственного восприятия (F44.6) состояние должно соответствовать одному из следующих признаков:

1) частичная или полная потеря кожной чувствительности (к прикосновению, уколу, вибрации, колебаниям температуры) по всему телу или в различных зонах;

2) частичная или полная потеря зрения, слуха или обоняния.

Комбинация описанных выше расстройств кодируется как F44.7 — смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства.

Другие диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44.8)

Синдром Ганзера (F44.80)

При синдроме Ганзера вслед за психотравмирующим воздействием возникает сложное психическое расстройство, характеризующееся псевдодеменцией, неспособностью ответить на простые вопросы, мимоговорением («приблизительными ответами») и поведением глубоко интеллектуально сниженного человека. При пуэрильном синдроме поведение человека характеризуется детскостью. Речь становится шепелявой, используются типичные для детей неологизмы, коверкание слов, неправильное построение фраз, детские интересы в выборе игр и игрушек.

Расстройство множественной личности (РМЛ) (F44.81)

Типичным для данного расстройства считается внезапный переход от одного состояния идентичности личности к другому. Для диагностики РМЛ состояние, помимо общих для всех диссоциативных расстройств (F44), должно соответствовать следующим признакам:

1) наличие внутри индивидуума двух или более различных личностей, из которых на каждый данный момент, как правило, может быть установлена лишь одна;

2) каждая личность обладает собственной памятью и характеристиками поведения, осуществляя при своем появлении полный контроль над поведением индивидуума;

3) амнезия на важную личную информацию выходит за пределы простой забывчивости;

4) состояние не обусловлено органическим нарушением мозга (например эпилепсия) или психотропными веществами (например, интоксикация или синдром отмены).

Соматоформные расстройства (F45)

В группу соматоформных расстройств включаются невротические (связанные со стрессом) расстройства, в клинической картине которых доминируют вегетативные и соматические симптомы. Тогда как собственно психопатологические отходят на второй план или являются замаскированными.

Общим, по мнению Ю.В.Попова и В.Д.Вида (1997), для

этой группы расстройств является появление на фоне психосоциального стресса соматических жалоб в отсутствие морфологического изменения соответствующих тканей (во многих случаях обнаруживаются неспецифические и функциональные нарушения). Последнее отличает их от т.н. психосоматических заболеваний, в этиопатогенезе которых также участвуют психологические факторы, но объективно выявляется патология тех или иных органов.

Соматизированное расстройство (F45.0)

Данное расстройство иногда обозначают как синдром множественных жалоб, что достаточно точно отражает суть расстройства. Наиболее частыми симптомами являются тошнота и рвота (вне беременности), трудности при глотании, боли в конечностях, одышка, не связанная с нагрузкой, осложнения при беременности и месячных.

Для диагностики соматизированного расстройства состояние должно соответствовать следующим критериям:

1) в течение не менее двух лет стойкие жалобы на множественные и меняющиеся соматические симптомы в отсутствие каких-либо соматических заболеваний, которые могли бы эти симптомы объяснить. Выявляемая соматическая патология не объясняет тяжести, размаха, многообразия и длительности соматических проявлений или связанной с ними социальной дезадаптации. При наличии вегетативных симптомов они не являются главным признаком нарушения, т.е. не являются стойкими и мучительными;

2) постоянная озабоченность в связи с симптомом ведет к затяжному страданию и многократным (3 раза и более) консультациям и обследованиям в поликлинической службе и у специалистов. При недоступности консультативной помощи по каким-либо причинам происходит постоянное самолечение или многократные обращения к представителям парамедицины;

3) упорный отказ принять медицинское заключение об отсутствии достаточных соматических причин имеющихся соматических симптомов или лишь кратковременное согласие с ним (до нескольких недель);

4) наличие не менее 6 симптомов из по меньшей мере двух различных групп.

А. Желудочно-кишечные симптомы: а) боли в области жи-

вота, б) тошнота, в) чувство тяжести в животе, переполнения, вздутия, г) дурной привкус во рту или необычно обложенный язык, д) рвота или регургитация пищи, е) частый понос или жидкие выделения из апиз.

Б. Сердечно-сосудистые симптомы: ж) одышка без нагрузки, з) боли в грудной клетке.

В. Мочеполовые симптомы: и) дизурия или учащенное мочеиспускание, к) неприятные ощущения в гениталиях или вокруг них, л) необычные или слишком обильные влагалищные выделения.

Г. Кожные и болевые симптомы: м) появление пятен или изменение цвета кожи, н) боли в конечностях или суставах, о) неприятное онемение или парестезии;

5) исключены синдромы из группы шизофренических, аффективных и тревожных заболеваний.

Ипохондрическое расстройство (F4S.2)

Ипохондрическое расстройство по многим параметрам сходно с соматизированным. В отличие от последнего больные с ипохондрическим расстройством испытывают выраженный страх наличия у них какого-то еще не найденного серьезного заболевания, угрожающего их жизни. Симптомы имеют широкую локализацию, чаще касаясь систем желудочно-кишечных и сердечно-сосудистых органов. Характерным является монотонное, эмоционально невыразительное предъявление жалоб, подкрепляемое обширной медицинской документацией, скопившейся за время предшествовавших обследований.

Для диагностики ипохондрического расстройства состояние должно соответствовать следующим критериям:

1) отмечается или а) стойкое, сохраняющееся не менее 6 месяцев убеждение в наличии у себя одного и более тяжелых соматических заболеваний, по меньшей мере одно из которых конкретно обозначается пациентом, или б) стойкая озабоченность обнаруживаемым пациентом дисморфофобическим уродством;

2) присутствуют критерии 2, 3 и 5 соматизированного расстройства.

Соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3)

Для постановки диагноза состояние должно соответствовать следующим критериям:

1) симптомы автономного вегетативного раздражения, относимые пациентом к проявлениям соматического заболевания в одной или нескольких из следующих систем или органов — а) сердечно-сосудистая система, б) верхний отдел пищеварительного тракта (пищевод и желудок), в) нижний отдел пищеварительного тракта, г) дыхательная система, д) система мочеполовых органов;

2) наличие не менее двух из следующих вегетативных симптомов - а) усиленные сердцебиения, б) эпизоды потливости (холодный, горячий пот), в) сухость во рту, г) прилив жара или покраснение, д) чувство давления в эпигастрии, перемещения в животе, е) тремор;

3) наличие не менее одного из следующих неспецифических симптомов — а) боли в груди или чувство давления в области сердца, б) одышка, в) выраженная утомляемость при незначительной нагрузке, г) аэрофагия, икота, жжение в груди или эпигастрии, д) неустойчивый, учащенный стул, е) учащенное мочеиспускание, дизурия, ж) чувство вздутия;

4) отсутствие структурных или функциональных нарушений затронутых органов или систем;

5) состояние не соответствует критериям фобического (F40.0-F40.3) или тревожного (F41.0) расстройства.

Хроническое соматоформное болевое расстройство (F45.4)

Характерными для данного расстройства являются жалобы больных на боли в различных частях тела. Поведение близко к таковому у ипохондрических больных, с частыми и множественными обращениями к интернистам.

Для диагностики расстройства состояние должно соответствовать следующим признакам:

1) длящаяся не менее 6 месяцев в течение большинства дней тяжелая боль в какой-либо области тела при отсутствии какого-то физиологического процесса или соматического нарушения, которые могли бы эту боль объяснить. Боль постоянно находится в главном фокусе внимания пациента;

2) расстройство не выступает в рамках заболеваний шизофренического, аффективного круга или других соматоформных нарушений.

Неврастения (F48.0)

Астенический невроз, или неврастения, характеризуется ти-

пичным астеническим симптомокомплексом с преобладанием либо гиперстенической, либо гипостенической симптоматики.

Для диагностики неврастении состояние должно соответствовать следующим критериям:

1) одно из двух — а) стойкое и мучительное чувство снижения умственной продуктивности после незначительных умственных усилий (например попытки справиться с простыми повседневными заданиями), б) стойкая, мучительная усталость и слабость после незначительной физической нагрузки;

2) наличие не менее одного из следующих симптомов: а) острые или хронические мышечные боли, б) оцепенение, онемение, в) головная боль, вызванная мышечным напряжением, г) нарушение сна, д) неспособность расслабиться, е) раздражительность;

3) проявления одного из вариантов критерия 1 не проходят в течение нормального периода покоя, расслабления или отвлечения;

4) длительность нарушения превышает 3 месяца;

5) расстройство не соответствует критериям органического, аффективного или тревожного синдромов.

Синдром деперсонализации-дереализации (F48.1)

Характерным для данного невротического расстройства является нарушение восприятия собственного тела, или психических процессов, или окружающей действительности. Стержневая характеристика деперсонализации — специфическое качество нереальности и отчуждения, сопровождающее сознательный чувственный опыт. Отчуждаться может все тело целиком или отдельные его части, акты мышления и привычного поведения.

Для диагностики расстройства состояние должно отвечать следующим критериям:

1) не менее чем один из двух признаков — а) ощущение, что сознание себя, свои ощущения и чувства отделены, чужды, не принадлежат себе, неприятно утрачены, ощущение подыгрывания в каком-то спектакле, б) ощущение недействительности окружающего, оно воспринимается как будто через пелену, пленку, объекты выглядят безжизненными, бесцветными, однотонными, искаженными, лишенными интереса, люди — актерами на какой-то сцене;

2) сохраняется осознание того, что изменения вовне не вы-

званы другими лицами или силами;

3) диагноз не ставится, если состояние соответствует признакам других заболеваний — состояния органической спутанности, интоксикации алкоголем или другими психоактивными веществами, шизофрении и аффективных психозов, тревожных расстройств, эпилепсии или отчетливого переутомления.

Другие специфические невротические расстройства (F48.8)

К данных расстройствам относят т.н. культурно-специфические нарушения. Их отнесение в группу невротических расстройств многими отечественными психиатрами оспаривается, так как психопатологическая симптоматика часто выходит за рамки непсихотического уровня.

Амок. Эпизод внешне неспровоцированного агрессивного и разрушительного поведения. Часто сопровождается убийствами, возможно суицидальное поведение. Эпизоду может предшествовать период интенсивной тревоги или враждебности. Выход с амнезией и физическим истощением. В данной культуре традиционно высоко ценятся крайняя агрессивность и суицидальное поведение в рамках боевых действий.

Дхат. Состояния физического истощения, мышечные боли, сопровождаемые тревогой и страхом потери спермы. К этой интерпретации ведет присутствие беловатых выделений в моче.

Коро. Панические эпизоды, вызываемые представлением о возможном западении гениталий в брюшную полость (у женщин, в том числе молочных желез) с последующей ожидаемой смертью.

Лата. Непроизвольные эхолалии и эхопраксии или трансоподобные состояния в ответ на пугающую или психотравмирующую ситуацию.

Па-ленг. Выраженная тревога в связи с убежденностью в том, что холод и ветер вызывают усталость, импотенцию или смерть. В культуре господствует представление, что атмосферный фактор вызывает органические гуморальные изменения в организме. Больные постоянно носят тяжелую, чрезмерно теплую одежду.

Пиблокто. В продромальном периоде — повышенная утомляемость, депрессия или спутанность, далее — очерченный эпизод психомоторного возбуждения в течение 1—2 часов, со-

провождающийся сдиранием с себя одежды, воплями, иногда имитирующими крики, издаваемые животными или птицами, катанием в снегу, эхолалией, эхопраксией, разрушением собственного имущества, копрофагией. Чаще встречается у женщин, эпизодически отмечается и у мигрантов. Завершается амнезией и полной ремиссией.

Сусто, Эспанто. Следующее за пережитым больным или его близкими стрессом состояние психомоторного возбуждения, сопровождающееся анорексией, бессонницей, гипертермией, поносом, спутанностью, депрессией.

Таджин киофушо. Страх социальных контактов, озабоченность своей внешностью, запахом своего тела, гиперемией лица, боязнь заразиться чем-либо от окружающих. Боли в разных участках тела, бессонница, повышенная утомляемость. Чаще встречается у мужчин в молодом возрасте.

Уфуфуиане, сака. Состояния психомоторного возбуждения с криками, плачем, выкрикиванием неологизмов, транзиторными парезами и судорогами, трансоподобным ступором или потерей сознания. Эпизод длится в течение нескольких дней-недель. Чаще встречается у молодых незамужних женщин при виде посторонних мужчин.

Укамаиринек. Эпизоды психомоторного возбуждения или транзиторного паралича со страхом, галлюцинациями. Возникают в просоночном состоянии, провоцируются легким шумом или запахом, связаны с культурными представлениями о потере души, переселении душ или одержимости.

Виндиго, вихтиго. На фоне пониженного питания возникает страх возможного перерождения в гигантского монстра, питающегося человеческим мясом. На депрессивном фоне возникают мысли об убийстве и самоубийстве, компульсивная потребность есть человеческое мясо. Пациенты, как правило, убиваются соплеменниками. Некоторые исследователи отрицают существование расстройства в действительности, считая это оправдательной версией для убийства.

Динамика и исходы невротических расстройств

Невротические расстройства, как и многие иные, не являются статичными психическими образованиями. Значимыми для специалистов являются их динамические особенности: специфика появления и становления невротических симптомов, ви-

доизменение в условиях различного влияния психической травмы, исходы в виде формирования так называемого патологического (невротического) развития личности. Интерес представляет также положительная динамика невротических расстройств - формирование после перенесенного невроза новых личностных качеств, носящих положительный характер.

Этапы неврозогенеза

Немаловажными для понимания механизмов формирования невротических расстройств являются динамика появления симптомов и закономерная этапность клинических проявлений и психологических переживаний, манифестирующих, как правило, в первые же дни и даже часы после психо-



Рисунок 3. Этапность формирования невротических симптомов

травмирующей ситуации. Выделяется четыре этапа неврозогенеза (Менделевич В.Д., 1994).

На первом этапе *(когнитивном),* возникающем непосредственно вслед за действием психотравмирующей ситуации, психическая деятельность пациентов направлена на осознание случившегося. При этом больные могут находиться в различном эмоциональном состоянии — депрессивном, дисфорическом, апатическом, эйфорическом, но чаще других полиморфном, которое вызывается ситуационными моментами и отработанными и апробированными стереотипами реагирования на кризисные, шоковые, фрустрирующие ситуации.

Подавляющее большинство больных пытаются ответить себе на такие вопросы, как: «Что же случилось, как это угрожает социальному, психологическому или какому-либо иному статусу, что думают по поводу события близкие люди (или участники и свидетели конфликта)» и прочее. Происходит своеобразная «ориентировка на местности» *(фаза ориентации)*. Пациенты пытаются понять новые условия, в которые поставлены ситуацией, выявить отрицательные и положительные стороны нового статуса, т.е. «сориентироваться в настоящем». Ориентация в настоящем является лишь одной из сторон психологической ориентировки, другие — ориентировка в прошлом и будущем — возникают на иных этапах формирования невротических расстройств.

Во второй фазе когнитивного этапа больными производится оценочная психическая деятельность, т.е. событие ранжируется по значимости, степени влияния на всевозможные стороны жизни пациента, серьезности и принципиальности возникших изменений в связи с психотравмой. Кроме этого, *фаза оценки* используется больными для ответов на вопрос о причинах конфликта, виновниках возникшей ситуации. Как правило, тщательно и скрупулезно воспроизводятся в памяти и анализируются ситуация и весь комплекс факторов, предшествовавших ей. При этом пациент в своих размышлениях иногда доходит до воспоминаний детства, обид, нанесенных ему в течение жизни. Особо его интересует оценка степени собственной и чужой ответственности в происшедшем психотравмирующем событии, анализ того, что можно было бы изменить для того, чтобы этого не произошло. Размышления в стиле сослагательного наклонения доминируют в фазе оценки когнитивного этапа формирования невротических расстройств. По-прежнему симптоматика не носит строго оформленного характера, является полиморфной, однако по сравнению с первой фазой набор аффективных симптомов сужается до минимума. Практически не наблюдается эйфорического и апатического симптомокомплексов, доминирующей же оказывается депрессивная симптоматика. Структурирование выраженных аффективных синдромов происходит в основном на следующем этапе формирования невротических расстройств. Когнитивный этап — особенно в фазе оценки — играет существенную роль. Следует отметить, что определять эмоциональное состояние пациентов с помощью психопа-

тологических дефиниций на первом этапе представляет значительные сложности и не может считаться корректным. Изучение клинических особенностей эмоциональных состояний на первом этапе показывает, что следует говорить, в основном, о таких психологических феноменах, как разочарование, растерянность (аффект недоумения непсихотического уровня) и обида. Последний феномен оказывается базовым для дальнейшего формирования аффективных невротических симптомов и синдромов.

Анализ эмоциональных переживаний, наблюдаемых на первом (когнитивном) этапе формирования невротических расстройств, показывает, что они базируются не только на мотивационных особенностях преморбидной личности, но и на некоторых когнитивных (познавательных) особенностях. Все первичные эмоциональные переживания формируются у больных на основе неожиданно возникавших психотравмирующих ситуаций, а фактор неожиданности отражает несовершенство (или, по крайней мере, специфику) механизмов антиципации. Как правило, обида — наиболее широко представленное на первом этапе психическое переживание — возникает вследствие несовпадения завышенного, излишне оптимистичного или доверчивого отношения к окружающим и реальной оценки их действий в условиях конфликта или любого иного взаимоотношения. Сходная закономерность наблюдается и при аффекте разочарования, и при чувстве растерянности и недоумения.

Вслед за первым (когнитивным) этапом формирования невротических расстройств возникает второй — *аффективно-мотивационный*. Длительность первого колеблется от нескольких дней до нескольких недель, продолжительность второго достигает нескольких месяцев. Аффективно-мотивационный этап можно считать наиболее хорошо изученным И описанным в неврозологической литературе. Он проявляется следующими симптомокомплексами: депрессивным, тревожно-депрессивным, фобическим, истерическим (конверсионным), ипохондрическим. Поведение больных на этом этапе полностью вытекает из аффективно насыщенной патологии, действия диктуются эмоциональными переживаниями, воспоминаниями о психотравмирующем эпизоде и о продолжающемся психотравмирующем воздействии неразрешенного конфликта. Вероятностное прогнозирование будущего бло-

кируется ярко выраженными аффективными расстройствами. Пациенты нацелены на поверхностный анализ происшедшего, своего поведения и поведения «обидчиков» или размышляют о настоящем психическом неблагополучии, поскольку аффективные нарушения сочетаются с вегетативно-сосудистыми пароксизмами. Следует заметить, что на этом этапе внимание больных особенно привлекает их самочувствие. Именно в этот период появляется комплекс соматизированных и соматоформных расстройств: цефалгий, вегетативных кризов, нарушений дыхания, пищеварения и прочих. Пациенты сосредоточены на настоящем, ищут помощи и сочувствия чаще в связи с психосоматическими проявлениями. Своеобразное «бегство в болезнь» может рассматриваться, с одной стороны, как уклонение от трезвой оценки реальности и неспособности разрешить конфликт, с другой — как невозможность, нежелание или неумение спрогнозировать варианты исходов неосознанно выбранного стереотипа собственных действий и поступков.

В дальнейшем наступает *антиципационный этап* формирования невротических расстройств. Он является определяющим в исходе невроза. В процессе антиципационной деятельности формируется альтернатива: либо пациент создает когнитивную базу для использования методов психологической компенсации и самостоятельно справляется с аффективной симптоматикой, либо особенности антиципации не позволяют ему применять психокоррекционные действия, и невротическая реакция переходит в стойкое невротическое состояние.

В группах больных неврозами, в отличие от «неврозоустойчивых личностей», неврозогенез протекает по второму пути. При структурировании будущего пациенты нацелены на моновариантный прогноз, который заключается в однозначно пессимистической оценке исходов разрешения конфликта («ничего уже сделать нельзя»; «былого не вернуть»; «раньше Надо было думать»), признании малозначимости собственной Роли в возможном разрешении ситуации («я человек слабый, Мне не по плечу поднять этот груз»; «что я могу сделать?»; «в Моих ли это силах?»; «от меня ничего не зависит») и отказе Представить себе пути положительного исхода ситуации. «Все будет плохо» — таков лейтмотив размышлений большинства Пациентов на третьем этапе формирования невротических Расстройств, что отражает т.н. *моновариантный тип вероятно-*

стного прогнозирования, который доминирует при неврозах в сравнении с психически здоровыми лицами.

Четвертый *(поведенческий)* этап формирования невротических расстройств определяет выработку стратегии поведения в новых условиях, когда конфликт продолжает оставаться неразрешенным и с психопатологическими феноменами сочетаются субъективно тяжело протекающие вегетативно-сосудистые и другие соматические эквиваленты психических расстройств. У больных стратегия поведения заключается как в типичных невротических реакциях и защитных механизмах действий (невротических ритуалах, ограничительных формах поведения и пр.), так и в специфических способах использования методов психологической компенсации (психокоррекции). Выделяется (Менделевич В.Д., J 988) три типа использования больными неврозами методов психокоррекции: *лимитированная, дефицитарная и аттитюдная психокоррекции.*

Клинически *лимитированная* психокоррекция проявляется в так называемой невозможности использовать методы психологической компенсации, при которой отмечается стереотипное поведение пациентов в конфликтных ситуациях. Основной ее характеристикой является стойкость, неизменность, ригидность поведения при очевидной даже для самого пациента дезадаптивности поведения. Пациенты, использующие лимитированную психокоррекцию, практически всю свою так называемую преморбидную жизнь находились в преневротическом состоянии. Их отличала повышенная сенситивность, ранимость, эмоциональная негибкость, трудности адаптации к новой обстановке. Их жизнь изобиловала различными запретами, табу, регламентациями. Подавляющее большинство из них были суеверными людьми. Причем суеверия оказывали определяющее, главенствующее влияние на их поведение, запрещая и разрешая те или иные действия. К тому же суеверия накапливались в процессе жизни с огромной интенсивностью, пронизывая все помыслы такого человека. Самым страшным представлялось нарушение предписанных суевериями действий. В этом ряду особо специфичной для больным неврозами оказывается народная традиция, закрепленная в поговорках и выражениях, в соответствии с которыми пациенты существуют. Это касается запрета думать и говорить о печальном, негативном, трагическом и нежелан-

ном исходе какого-либо дела до его начала или в процессе деятельности («не думай ни о чем, что может кончиться плохо»), поскольку в противном случае возникает убежденность в фатальной неизбежности неудачи («не каркай!», «сглазишь»). Вследствие этого формируется, во-первых антиципационная несостоятельность с моновариантным типом вероятностного прогнозирования, во-вторых — предписывается ригидный стереотип мышления и деятельности. При использовании лимитированной психокоррекции человек в оценке ситуации руководствуется раз и навсегда данной ему в традициях схемой, в которой каждому событию, высказыванию и действию приписывается неизменная ценность и значимость и регламентируется стиль реагирования. Таким образом, при столкновении с психотравмирующим событием, оказывающимся неожиданным, пациент не имеет иных возможностей для реагирования за исключением единственного данного ему в процессе воспитания и обучения. Таким образом, невозможность использовать методы психологической компенсации (психокоррекции) в период невротического синдромообразования - на четвертом этапе — формируется на основе лимита психокоррекционных знаний и навыков. Пациент был вынужден реагировать традиционным для него (чаще всего неадекватным) невротическим способом и в силу ригидности установок не имеет возможности искать иные адекватные механизмы психокоррекции.

Дефицитарная психокоррекция отличается т.н. неумением больных использовать в период конфликта и невротического синдромообразования методы психологической компенсации (психокоррекции). В отличие от лиц, применяющих лимитированую психокоррекцию, при использовании дефицитарной преобладает не лимит — ограничение психокоррекционных способностей, связанное с преморбидными личностными, в том числе характерологическими особенностями, — но их дефицит. В клинике дефицитарная психокоррекция отличается от лимитированной, во-первых, степенью осознания дезадаптивности невротического стиля поведения, уклонения от разрешения конфликта, более реальной оценкой ситуации и собственной позиции и роли в психотравмирующих обстоятельствах; во-вторых, характером и степенью податливости под влиянием психотерапевтических советов врача или здравых мыслей родных и близких. Если при лимитирован-

ной психокоррекции никакие логические доводы, разъяснения, обоснования, исходящие от окружающих и направленные на оказание психологической помощи — сочувствия пациенту, не достигают цели в связи со стойкостью, ригидностью и непоколебимостью невротической концепции пациента, закрепившего в ней за каждым участником конфликта определенные роли, то при дефицитарной психокоррекции отмечается «психотерапевтический дрейф» в сторону более реалистичной оценки ситуации и способов выхода из нее. Вначале пациенты высказывают в ответ на психотерапевтические советы идею о том, что они понимают всю нелепость ситуации и предполагают, как надо поступить, для того чтобы избежать психического расстройства или тягостных психических переживаний, однако не могут (не умеют, не в силах) этого сделать, поскольку им не хватает навыков преодоления фрустрирующих ситуаций. Однако постепенно, в процессе рациональной психотерапии, пациенты апробируют предложенные способы и относительно быстро преодолевают невротическую симптоматику и восстанавливают прежний адекватный психологический стиль поведения.

Анализ преморбидных особенностей лиц, использующих дефицитарную психокоррекцию, показывает, что среди них на первый план выступают культуральные традиции, в которых не находится места обучению антиципационным механизмам, вероятностному прогнозированию и методам психологической компенсации. В воспитании избегают обсуждения кризисных, трагических ситуаций. На них накладывается табу. Прослеживается воспитание по типу наивного оптимизма.

Наряду с использованием лимитированной и дефицитарной психокоррекции на четвертом (поведенческом) этапе формирования невротических расстройств отмечается применение и *аттитюдной* психокоррекции. Если лимитированной психокоррекцией обозначается невозможность, дефицитарной — неумение, то под аттитюдной подразумевается нежелание больными в период неразрешенного конфликта предпринимать какие бы то ни было действия, ведущих к его прояснению или исчезновению симптоматики, и использовать методы психологической компенсации (психокоррекции). Суть аттитюдной психокоррекции заключается в клинически выявляемом уклонении от использования психокоррекционных мероприятий и нормализации собственного

психического статуса. Доказательством этого служит, с одной стороны, «парциальность невротических расстройств», с другой — анамнестические сведения об особенностях действия пациентов в кризисных, фрустрирующих ситуациях. Под парциальностью невротических расстройств понимается их нестойкость, повышенная зависимость от изменения оттенков ситуации в сочетании с гротескностью предъявления жалоб.

В отличие от невротических симптомокомплексов, возникающих при использовании лимитированной или дефицитарной психокоррекций, исчезновение и затухание которых происходит медленно, с рядом типичных резидуальных явлений, с очевидной постепенной психологической переработкой конфликта и переориентацией личности, при аттитюдной психокоррекции отмечается резкая смена фаз невротической симптоматики, которые напрямую не зависят от объективного изменения ситуации. Со стороны близких и родственников пациентов подобное нарочитое поведение оценивается нередко как симуляция психического заболевания с целью извлечения выгоды из сложившегося положения. Из анамнеза таких пациентов известно, что способности преодолевать психологические трудности, конфликты пациентами, использующими аттитюдную психокоррекцию, оцениваются окружающими высоко. Считается, что эти люди относятся к неврозоустойчивым, невозмутимым, легко выходящим из конфликта, как, впрочем, и продуцирующим конфликты. При этом отмечается, что, когда невротическое положение расценивается ими как способное принести выгоду, они не стараются избежать или преодолеть его, что было свойственно им в других случаях. По сравнению с двумя вышеперечисленными группами, использующими лимитированную и дефицитарную психокоррекции, применение аттитюдной психокоррекции коррелирует с характерологическим преморбидом. Как правило, аттитюдная психокоррекция формируется на базе акцентуации характера по истерическому типу.

Исходы невротических расстройств

Традиционным для психиатрии является рассмотрение исходов невротических расстройств сквозь призму формирования невротических развитии личности, т.е. углубления психопатологической симптоматики, перехода на качественно иной, более выраженный уровень. Однако наблюдения по-

следних лет, развитие клинической психологии указывают на тот факт, что становление невротических развитии личности, так же как и выздоровление, не являются единственными исходами невротических расстройств. Одним из вариантов исхода признается появление качественно новых для пациента и его преморбидного состояния личностно-характерологических черт, формирующих новый, «философско-мировоззренческий» взгляд на жизнь, изменение иерархии ценностей, приход к религиозному осмыслению действительности, становлению более терпимого эмпатического отношения к окружающим (т.н. позитивный вариант невротического развития личности).

Термин «развитие личности» был предложен K.Jaspers (1910) для отграничения нажитых форм патологии характера от изменений личности при шизофрении. Исследования больных с затяжными формами неврозов позволили выделить характерологические расстройства, возникающие как проявления динамики основных невротических синдромов (Королев В.В., 1965; Асатиани Н.М., 1966; Ушаков Г.К., 1987; Лакосина Н.Д., 1988).

Н.Д.Лакосина (1970) отмечает, что характерологическим расстройствам может предшествовать и клиническая картина невротической депрессии, которая на начальных этапах обычно не квалифицируется ни больными, ни их окружением как проявление болезни. В связи с этим возникающие на следующем этапе характерологические расстройства оценивались как начало болезни. Исходя из работ П.Б.Ганнушкина (1925, 1930) о «нажитой психической инвалидности», характерологические расстройства оценивались Н.Д.Лакосиной (1975) как негативная симптоматика, свойственная именно психогенным заболеваниям. «Характерологические расстройства — результат неблагоприятного течения психогенного заболевания, закономерный этап динамики невротических синдромов, при которой вегетативные и сенсомоторные расстройства постепенно редуцируются, а аффективно-идеаторные развиваются и усложняются. Именно эти расстройства определяют отношение больного к происходящим событиям, реакции на эти события и поведение в связи с возникшим отношением» (Лакосина Н.Д., 1970).

В структуру *невротического развития личности*, по мнению Н.Д.Лакосиной и М.М.Труновой (1994), входят те же синдро-

мы, что и в структуру невроза: астенический, обсессивный, истерический и депрессивный. Если клинические особенности этих синдромов при неврозах состоят в том, что ведущее место занимают вегетативные, сенсомоторные и аффективные расстройства, то при невротических развитиях личности они утрачивают свою выраженность. На смену им приходят иные симптомы: повышенная утомляемость, невозможность сосредоточиться, неустойчивость желаний и интересов. Появляются черты чрезмерной пунктуальности, педантизма, стремление привлекать к себе внимание, эгоизм, капризность, исключительно эмоциональная оценка окружающего, быстрая смена аффективных реакций и суждений. Вместо фобий появляются навязчивые сомнения, элементы умственной жвачки и возрастающая тревожность по любому поводу.

Диагноз невротического развития правомерен тогда, когда один из невротических синдромов при воздействии патогенных факторов, подчиняясь законам синдромокинеза (при наблюдении закономерности формирования психических функций в онтогенезе), начинает «двигаться» от невротических проявлений к психопатическим. Этот развивающийся синдром в дальнейшем будет определять структуру патохарактерологических расстройств. Основное проявление негативной симптоматики при невротических развитиях — возникающая чрезмерная эффективность, которая приводит к конфликтам, нарушает адаптацию, лишает личность ранее выработанных форм поведения.

Таким образом, можно согласиться с мнением о том, что критерием невротического развития является не столько длительность существования невротической симптоматики, сколько начало динамики основного невротического синдрома от невротического уровня расстройств (вегетативных, сенсомоторных и аффективных) к психопатическому (аффективному и аффективно-идеаторному). Для невротического развития характерен полиморфизм невротической симптоматики, причем только один из невротических синдромов проделывает динамику, другие наблюдаются на уровне невротических реакций; патохарактерологические расстройства соответствуют основному невротическому синдрому.

Нами (В.Д.Менделевич, А.В.Измайлов) разрабатывается проблема т.н. *позитивного варианта развития личности* после перенесенных невротических расстройств. Предлагается ис-

пользовать в достаточной степени условное понятие *«постневротическое развитие личности» (ПНЛ),* которое подразумевает многообразие проявлений и онтогенетической динамики всего спектра личностных свойств индивида на продолжении периода жизни, начальный рубеж которого отмечен полным (а не парциальным, как в случае ремиссии) выздоровлением после перенесенного невроза. Термин *невротическое развитие личности (НРЛ),* предложенный Н.Д.Лакосиной, носит существенно отличный характер. Разграничительным моментом в этих двух, казалось бы, перекликающихся определениях, выступает отнюдь не временной аспект (жизнь личности «до», «после» невроза или на протяжении заболевания). Ключевым пунктом является, в случае невротического развития личности, наличие динамичного полиморфизма симптоматики, представленной невротическими и патохарактерологическими расстройствами; во втором случае — отсутствие (исчезновение) невротических симптомов, т.е. выздоровление. Если критерием НРЛ является начало перехода основного невротического синдрома с невротического на психопатический (личностный) уровень психических или поведенческих расстройств, то основным критерием ПНЛ выступает ликвидация главного невротического синдрома и выход личности из невротического кризиса, переход из положения, характеризующего «потенциального невротика», к параметрам «неврозоустойчивой личности».

Вполне очевидно также, что невротическое развитие личности (НРЛ) является альтернативой постневротическому развитию личности (ПНЛ). Думается, правомерно противопоставление НРЛ и ПНЛ как неблагоприятного (негативного) и благоприятного (негативного) сценариев развития личности.

Н.Д.Лакосиной (1970, 1994) выделяется три основных варианта невротического развития личности: *истерическое, обсессивное и эксплозивное.* Появление истерической (конверсионной) симптоматики на фоне депрессивных психогенных расстройств облегчает субъективное состояние больных, уменьшает глубину депрессии и в ряде случаев дает возможность вернуться к трудовой деятельности, т.е. появление истерических симптомов в картине депрессии облегчает ее, как бы дает больному отреагировать, перенести «вовне» свои тягостные переживания. Через такой этап истерических реак-

ций формируется у части больных улучшение состояния. Динамике, переходу течения невроза в хроническое, появлению патохарактерологических расстройств могут способствовать различные факторы и прежде всего соматические заболевания и иные ослабляющие нервную систему моменты (недосыпание, дополнительные психогении, интоксикации и т.п.). Клинические наблюдения показывают, что у некоторых больных остро возникающая невротическая реакция не меняет симптоматику невротической депрессии и нарастания истерической симптоматики не происходит, а в последующие месяцы или годы к депрессивному синдрому присоединяются иные расстройства: дисфория, взрывчатость или астенические и обсессивные проявления. У значительной части больных на фоне невротической депрессии наблюдается появление истерических симптомов, которые становятся устойчивыми и меняют дальнейшее течение заболевания. При внешних признаках ухудшения состояния (появление ярких вегетативных и сенсомоторных истерических расстройств, истерических припадков, демонстративных попыток суицида, истерических галлюцинаций и т.п.), субъективно общее состояние улучшалось.

Одним из факторов, приводящих к возникновению истерических патохарактерологических расстройств, является появление в жизни больного «заинтересованного лица», на которое можно переложить часть забот и которое заинтересовано в судьбе больного.

Обсессивное невротическое развитие личности может быть представлено значительно преобладающей тревожностью, неуверенностью в себе, склонностью к постоянным сомнениям, ананкастными чертами характера с преобладанием педантизма, стремлением к порядку, навязчивостями и др. (Лакосина Н.Д., 1970, 1994). У ряда больных с обсессивным развитием личности при длительном и неблагоприятном течении обстоятельств появляются личностные особенности, которые определены Н.Д.Лакосиной как «ограничивающие себя». Обычно эти расстройства сочетаются с ипохондрическими, со сверхценным отношением к своему здоровью, в результате чего больные стремятся до минимума сократить свои обязанности. Основная жалоба — на пониженную работоспособность, утомляемость, неуверенность в своих силах. Однако реально их беспокоят опасения перед возможным возник-

новением переутомления, они не берутся за ответственное дело из-за страха обнаружить несостоятельность.

Другой разновидностью обсессивного развития считается усложнение навязчивого синдрома фобий (часто с ипохондрическим содержанием) и возникновение навязчивых контрастных влечений и овладевающих представлений, которые в дальнейшем определяют поведение и основную симптоматику.

Для пациентов с эксплозивным невротическим развитием личности характерно появление не свойственных им ранее черт взрывчатости, раздражительности. Основной жалобой становится утрата способности сдерживаться при малейших сложностях. Изучение формирования черт взрывчатости при эксплозивном развитии личности дало Н.Д.Лакосиной основания отметить некоторые особенности. В преморбиде у этих больных чаще встречались эпилептоидные черты характера. Последние, впрочем, не определяли личность больного, являясь отдельными, но существенными включениями. Эти больные с детства переживали материальные проблемы и рано начинали трудовую деятельность. Отмечались со временем все более отчетливые колебания настроения, которые окрашивались тоскливо-злобно-раздражительным тоном. Только у небольшой части больных наблюдалось появление грубых патохарактерологических расстройств, которые по своей тотальности, отсутствию к ним критического отношения и стойкому нарушению адаптации приближали их к «краевой» возбудимой психопатии.

Если невротическое развитие личности, приводящее пациента к ухудшению его психического состояния, изучено достаточно хорошо, то т.н. постневротическое развитие личности с положительным радикалом психических и поведенческих изменений остается до настоящего времени неизведанной областью неврозологии. Можно говорить по крайней мере о трех его вариантах: *креативном, мировоззренческом и оздоровительном*. При первом после исчезновения невротических расстройств (или в процессе их преодоления) индивид формирует новое отношение к эстетике, ценности искусства и творчества в его жизни. Он начинает уделять повышенное внимание созидательной (креативной) деятельности, которая может носить сверхценный характер и замещать иные виды деятельности. В рамках второго варианта у бывшего пациента

изменяется иерархия ценностей с ориентацией на эмпатическое отношение к окружающим. Такой индивид начинает увлекаться разнообразными религиозными, философскими и психотерапевтическими практиками. Он переосмысливает свое отношение к близким, родным, семье, детям, сослуживцам, вырабатываются качества милосердия, участия, жалости, сочувствия. Увлечение философскими системами и мировоззренческими подходами к осмыслению человеческих взаимоотношений приводит к гармонизации его отношений с окружающими. При третьем варианте происходит формирование сбалансированной «паранойи здоровья». При этом человек, перенесший невротические расстройства, усиленно начинает заниматься оздоровительными мероприятиями не в ущерб семейным и карьерным отношениям. Его увлечение физической культурой, спортом носит осмысленный характер, часто сочетаясь с изменением мировоззрения.

Таким образом, можно констатировать, что динамика и исходы невротических расстройств многообразны и разнонаправлены. Происходящие изменения личности могут носить негативный или позитивный для индивида характер.

Глава 4. ПАТОПСИХОЛОГИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В соответствии с приведенными в предыдущих главах данными, неврозами, или невротическими расстройствами, в современной психологической и психиатрической литературе называют функциональные расстройства психической деятельности, возникающие как реакция на значимые психотравмирующие события (конфликты) и обусловленные несовершенством механизмов психологической защиты и антиципационной несостоятельностью. Они проявляются психопатологическими и вегетативными расстройствами. При них выявляются разнообразные нарушения и изменения практически всех познавательных процессов, отмечаются типичные патопсихологические симптомокомплексы. Часть из них являются патогномоничными и определяющими развитие невротических расстройств, другая часть отражает изменения, обусловленные самой болезнью.

Внимание

Расстройства внимания не являются специфичными для невротических расстройств. Их появление связано с основными проявлениями болезни. Как правило, клинически и патопсихологически можно заметить *нарушение концентрации и устойчивости внимания, быструю истощаемость и замедленность переключения внимания*. Клинически расстройства внимания проявляются рассеянностью, невозможностью сосредоточиться на какой-либо деятельности, быстрой утомляемостью. Нарушения внимания входят в структуру астенического синдрома, являющегося типичным проявлением невротических расстройств.

Память

Нарушения памяти являются одними из характерных и частых, но неспецифических проявлений при невротических расстройствах. Как правило, отмечаются нарушения механи-

ческого запоминания. Другие нарушения памяти описываются лишь как сопутствующие. По мнению А.М.Вейна и Б.И.Каменецкой, мнестический дефект у больных неврозами связан с патологическими эмоциональными состояниями.

Клинические наблюдения и ряд патопсихологических экспериментов последних лет указывают на то, что значение особенностей функционирования памяти в генезе невротических и, в целом, пограничных психических расстройств может выходить за патоплатические рамки. Это связано с генетически заданными церебральными особенностями личности (в том числе мнестическими), специфической нейродинамической организацией мозговых структур, которая подразумевает хранение личностью информации (жизненного опыта) и свойственных ей высших психологических установок. Все вышеперечисленное включается в понятие почвы, которая способствует формированию непсихотических нарушений и при некоторых состояниях, например у психопатических личностей, блокирует полноценную адаптацию личности в силу невозможности использовать прошлый опыт.

Патопсихологические исследования последних лет (В.Д.Менделевич, В.Т.Плещинская — подробнее см. главу 2) указывают на тот факт, что наряду с нарушениями процесса запоминания при неврозах страдают и иные мнестические функции, в частности воспроизведение и забывание, специфически изменяется соотношение непосредственной и опосредованной памяти. Клиническое исследование пациентов с различными формами невротических расстройств показывает, что для большинства обследованных больных события, вызывающие невроз, оказываются неожиданными (неспрогнозированными). Анализ мнестических особенностей психической деятельности больных показывает, что у подавляющего большинства пациентов события, вызывающие невротические расстройства, часто идентичны тем, которые и ранее либо приводили пациентов к ситуационным невротическим реакциям, либо сопровождались психосоматическими нарушениями. Парадоксальным оказывается тот факт, что, несмотря на то что пациентам должен быть известен психотравмирующий характер событий на основании собственного прошлого опыта, они как и прежде исключают наиболее значимое и потенциально психотравмирующее событие из вероятностного прогноза. Оно оказывается вновь неспрогнозированным.

Как продемонстрировали результаты патопсихологических экспериментов, показатели непреднамеренного запоминания у больных неврозами отличаются от показателей психически здоровых лиц. У больных неврозами оказывается нарушенным процесс непреднамеренного запоминания житейских событий. Данное нарушение проявляется в снижении способности запоминать как собственные прогнозы развития ситуаций, так и их фактический ход. Кроме того, у больных неврозами не обнаруживается столь явной для здоровых тенденции к более полному запоминанию рядов собственных предсказаний по сравнению с рядами действительных событий. Особенно ярко это представлено при равновероятных прогнозах.

Мышление и воображение

Качественные расстройства мышления не являются специфичными для невротических расстройств. Ассоциативный процесс остается, в целом, логически выверенным. При невротической депрессии отмечается замедление мышления; при ананкастических невротических проявлениях появляются обсессии — навязчивые мысли, воспоминания.

Интерес представляют исследования, указывающие на тот факт, что, «если эмоциональные реакции невротика являются беспорядочными, внутренне противоречивыми или неуместными по отношению к условиям объективной действительности, то это означает только то, что его оценка и понимание этой действительности по существу неправильны» (Фурст Дж.Б., 1957). Среди невротиков преобладают люди с так называемыми фиксированными абсолютами. Л.Бинсвангер, предложивший этот термин, видел в невротике человека, который в силу особенностей своего мышления с трудом анализирует происходящие в его жизни события, не может критично и даже иронично подойти к своим слабостям. «У невротика узок горизонт видения», — считает Л.Бинсвангер. То есть его понимание и осмысление жизненных ситуаций носит специфический характер. У него оказывается нарушенным «пространственное зрение»

Одной из отличительных особенностей «потенциального невротика» является стиль его мышления, носящий оттенок догматичности. Жизнь такого человека строго ранжирована, регламентирована. В ней оценен вес и значимость возможных

событий, многое из происходящего не имеет оттенков и строится на контрасте — либо черное, либо белое. Способствует тому масса фиксированных абсолютов — идеалов, догм, табу, эталонов, вера в которые истова и непоколебима.

В.Штекель назвал явление игнорирования иных решений конфликтных отношений кроме заведомо выбранного «психической скотомой», или «островковым дефектом внутреннего зрения». Как можно заметить, и этот исследователь вслед за Л.Бинсвангером пишет о т.н. внутреннем зрении, что, видимо, можно расшифровать как мировоззрение, понимание и оценку жизненных происшествий.

Большинству людей с невротическими расстройствами присуща ригидность мыслительных процессов, неспособность идти на компромиссы, использовать гибкость мышления. Известно, что к неврозам предрасположены люди, несклонные к гибкости, в некотором смысле упрямые, трудно переключающиеся с одного на другое, не желающие соотносить вынужденные обстоятельства со своими принципами. Нами наблюдалась пациентка Г. — женщина 46 лет. Неврозом она заболела после того как поссорилась с дочерью. Ссора же возникла, как считала пациентка, по вине дочери. Житейская ситуация, в которую та попала, достаточно узнаваема. Поводом (не причиной), послужил тот факт, что незамужняя дочь отказалась прерывать первую, незапланированную беременность и родила ребенка. Реакция матери была категоричной: «Жить вместе с человеком, который не посчитался с мнением матери, хотя оно было известно давно и считалось абсолютным, не буду ни при каких обстоятельствах - пусть даже принесет извинения». Предыстория же была такова. Семейная жизнь Г. сложилась не так, как ей хотелось. Дочь она воспитывала одна, отказавшись от «услуг пьяницы-отца», с которым по собственной инициативе развелась, когда дочь пошла в ясли. Женщина пыталась воспитать дочь так, чтобы та избежала ее «участи». Воспитывая повзрослевшую дочь, она старалась ей внушить, что замуж можно выходить лишь за любимого человека, а не по увлечению или страсти. В день совершеннолетия у них состоялся с ней об этом обстоятельный и откровенный разговор. Они немного повздорили. Тогда мать ультимативно сказала дочери о том, что если та родит ребенка будучи незамужней, то «пусть сама и воспитывает его» и не рассчитывает на нее. Так и произошло. Заболевание, возникшее и длившееся к мо-

менту обращения к врачу полтора года, заключалось в обычных для невроза симптомах — бессоннице, плохом настроении, плаксивости, раздражительности и пр. Усугублялось все еще и тем, что дочь в ответ на реакцию матери не разрешила той видеться с внучкой, уехала жить в другой город. На беседе с врачом Г. соглашалась, что стоит лишь ей простить дочь, разрешить той вернуться — и исчезнет вся болезнь. «Но я не могу пойти против своих принципов. В противном случае я перестану уважать себя», — говорила она.

«Фиксированным абсолютом» у Г. выступало стойкое представление о «нормальной — как у всех людей — жизни», определявшее все ее поведение. Ведь, казалось бы, проще не мучиться разлукой с любимой дочерью и внучкой, «переступить через себя», пойти на компромисс и не только излечиться от невроза, но и наладить добрые семейные отношения, а значит, приобрести и душевное спокойствие. Этого Г. и недоставало. Именно догматизм мышления, сформировавшийся, видимо, в связи с несложившейся личной жизнью, создал благоприятную почву для невроза, задолго до него превратив человека в «потенциального невротика».

Подобные «фиксированные абсолюты» могут быть различны по сути, а их количество у одного человека — колебаться от единицы до десятков. Несправедливо абсолютизированными могут оказаться семейные, производственные отношения, дружба, любовь и многое другое. Труднее назвать, что не подвержено абсолютизации.

Нами (В.Д.Менделевич, А.В.Фролова) обнаружены типичные изменения понимания и толкования личностных качеств и эмоционально значимых стимулов пациентами с невротическими расстройствами в сравнении с больными шизофренией, наркозависимыми и психически здоровыми. Оказалось, что в импликационной семе «ревности» у лиц с невротическими расстройствами преобладает импликационал «ревность — проявление любви», тогда как у больных шизофренией «ревность — отсутствие уверенности в себе, комплекс неполноценности», а у наркозависимых «ревность — желание контролировать партнера». В импликационной семе «зависть» невротики отмечают, что «зависть — это обида для более успешных людей». Наиболее интересно понимание пациентами с неврозами «любви». Для них это в первую очередь «боль, терпение, страдание», что отличается от понимания психически здоро-

выми («любовь — взаимопонимание, способность существовать с другим человеком, его точкой зрения, поступками; приватное волнение, восторг, радость, наслаждение»).

Интеллект

На роль интеллекта в генезе невротических расстройств указывают многие авторы, в частности H.J.Eysenck и S.Rachman. Эти авторы на основании экспериментально-психологических исследований рассматривали вопрос о значении уровня интеллекта в развитии неврозов. Для больных неврозами кривая распределения интеллекта, по результатам исследований H.J.Eysenck и S.Rachman, оказалась более пологой, чем у здоровых. Иными словами, в группе больных неврозами было гораздо меньше лиц со средним интеллектом, чем в контрольной группе, и на оба крайних отрезка приходился больший процент лиц, страдавших неврозами, чем в контрольной группе. Эти важные данные позволили исследователям сделать вывод о том, что у людей со средним интеллектом невроз развивается реже, чем у отклоняющихся от среднего уровня в сторону более высокого и более низкого интеллекта.

Отечественные исследователи, занимавшиеся изучением значения уровня интеллекта и мыслительных способностей для возникновения невротических расстройств, отмечали важность когнитивных механизмов для неврозогенеза. Ф.Б.Березин (1988) писал о том, что повышение вероятности возникновения интрапсихических конфликтов при выраженных изменениях в системе человек-среда связано не только с мотивационными, но и с информационными процессами. По его мнению, в необычной среде важное значение приобретает когнитивная (познавательная, связанная с анализом и сопоставлением информации) оценка ситуации и реакция индивидуума на эту оценку. Установление роли когнитивных элементов в развитии стресса позволило утверждать, что истинный медиатор общего адаптационного синдрома по своей природе когнитивен. Несоответствие между когнитивными элементами (когнитивный диссонанс — по L.Festinger) влечет за собой возрастание напряженности тем большее, чем более значимо для индивидуума это несоответствие.

Квалификация роли интеллекта в психической травматизации представлена в работах Г.К.Ушакова (1987), который

поддерживает точку зрения, что «принятое положение о том что ведущим, а подчас и единственным дефектом психики лиц, у которых отмечается склонность к возникновению пограничных нервно-психических расстройств, является недостаточность их аффективно-волевой сферы, все больше и больше подвергается пересмотру».

Г. К.Ушаков выдвигал следующее теоретическое обоснование вышеприведенному мнению: «Если принять традиционную установку: психическая травма действует на эмоционально-волевую сферу, вызывая пограничное состояние, то необходимо, во-первых, занимать одностороннюю позицию в анализе психического и личности, а во-вторых, односторонне оценивать содержание и структуру составляющих элементов «ситуации» (обстоятельств жизни). Последняя никогда не адресуется к психике только по каналам, поставляющим эмоционально-волевую информацию. Ситуация всегда сложно преобразуется и в рассудочной деятельности человека. А в таком случае само содержание и качества целостной реакции на ситуацию во многом определяются возможностями полной и адекватной оценки ее индивидуумом».

По мнению S.Bach, интеллектуальная сфера и познавательные процессы невротиков характеризуются рядом особенностей, к которым можно отнести общую низкую способность к обучению и усвоению нового. Кроме вышеперечисленных позиций хорошо известно, что E.Bleuler в свое время воспользовался понятием «относительное слабоумие» для обозначения практической беспомощности невротиков и психопатов при формальном отсутствии у них расстройств мышления и интеллекта. При этом он подчеркивал контраст между формально высоким интеллектом и беспомощностью в решении практических жизненных задач, связанной с невозможностью всесторонней оценки обыденных явлений, т.е. можно говорить, что интеллектуальная деятельность в сфере обыденных отношений, основанная на здравом смысле и разуме, препятствует формированию невротических расстройств, тогда как противоположные ее основания способствуют возникновению неврозов.

Особо отметим роль антиципационных способностей, входящих в структуру т.н. коммуникативных способностей человека. Этиопатогенез невротических расстройств в соответствии с антиципационной концепцией неврозогенеза

(В.Д.Менделевич — см. главу 2) неразрывно связан с антиципационными процессами. Неврозогенез видится как результат неспособности личности предвосхищать ход событий и собственное поведение во фрустрируюших ситуациях, что обусловлено преморбидными особенностями «потенциального невротика», условно названными антиципационной несостоятельностью. Личность, склонная к невротическим расстройствам, исключает из антиципационной деятельности нежелательные события и поступки, ориентируясь всегда лишь на желательные. В связи с этим, попадая в неспрогнозированную, неблагоприятную и вытесненную в связи с этим из «ситуационного сценария» жизненную коллизию, человек оказывается в цейтноте времени для применения совладающего поведения.

И даже если система психологической компенсации у него функционировала нормально, то в условиях расхождения прогноза и при крайней выраженности эмоциональных переживаний (обиды, разочарования, недоумения), связанных с этой прогностической ошибкой, человек может не использовать потенциальных возможностей к совладанию с ситуацией и заболеет неврозом. Адаптивное значение для преодоления трудных жизненных ситуаций имеют такие стратегии, как «антиципирующее совладание» и «предвосхищающая печаль», которым для большей продуктивности должен быть предоставлен определенный промежуток времени. По мнению А.В.Брушлинского, имеется отчетливая связь саморегуляции и предвосхищающих форм мышления.

Выделение антиципационных способностей в структуре интеллекта в приведенной выше интерпретации не является традиционным. Даже о прогностических способностях как психофизиологических характеристиках имеются в литературе лишь отдельные упоминания, что связано, в первую очередь, с рассмотрением процессов вероятностного прогнозирования, как правило, с позиций психофизиологии. Однако, клинические сравнения и результаты патопсихологических экспериментов больных неврозами и «неврозоустойчивых личностей» дают основание с большей уверенностью говорить о психосоциальных корнях антиципационных способностей коммуникативного уровня.

Известно, что на уровне животного мира прогрессивная эволюция возможна только в том случае, если животные имеют возможность подготовиться к предстоящим событиям.

Сходное предположение можно также признать верным и в случае с человеческой личностью: развитие в процессе социализации человека антиципационных способностей эволюционно обусловлено. Оно направлено на упреждение запредельных для психики переживаний, на более полноценную и качественную адаптацию личности к социуму.

Можно констатировать, что из индивидуально-типологических параметров наименее изучены для целей неврозологии оказались способности индивидуума, его интеллект. До настоящего времени не до конца ясна роль взаимоотношений составляющих личность параметров, таких, например, как способности и характер. По мнению К.К.Платонова (1986), противоречия между теми или иными способностями и неспособностями и различными чертами характера имеют немаловажное значение для становления личности и могут привести сами по себе к невротическим срывам.

С целью выяснения роли способностей человека, отражающей уровень развития ее интеллекта в функционировании выявленных и описанных выше психологических механизмов возникновения невротических расстройств (антиципации и психокоррекции), нами было предпринято клиническое и патопсихологическое изучение *невротических симптомов, возникших у больных с умственной отсталостью.* Проблема возможности формирования неврозов на базе умственной отсталости достаточно спорна. Некоторые авторы (Гуськов В.С., Ильясова Т.В., 1983) оценивают любые непсихотические нервно-психические расстройства у олигофренов как неврозоподобные. Другие придерживаются мнения о возможности невротического симптомообразования у лиц с умственной отсталостью (Гарбузов В.И., Захаров А.И., 1977). В связи с этим можно вспомнить высказывание, принадлежащее Г.Е.Сухаревой (1974), о том, что больные с интеллектуальной отсталостью и с остаточными явлениями после перенесенных черепно-мозговых травм и инфекций в большей степени восприимчивы к психическим травмам и, как следствие, склонны к формированию невротической симптоматики.

Наиболее серьезный аргумент психиатров, считающих невозможным возникновение неврозов у умственно отсталых, заключается в том, что, по праву считая невроз следствием неразрешенного мотивационного интрапсихического конфликта, они отвергают возможность его формирования

вследствие ограниченности абстрактного мышления личности «олигофрена». Тем самым обедняется понятие умственной отсталости (олигофрении). Опровергая этот аргумент, надо обратиться к психиатрической практике, в которой типичная клиническая картина невротических расстройств у лиц с умственной отсталостью не является редкостью. Также следует иметь в виду, что, к сожалению, до настоящего времени не разработан вопрос о минимальном уровне развития интеллекта, необходимом для мотивационного конфликта, хотя ясно, что при тяжелой и глубокой умственной отсталости он вряд ли возможен. Таким образом, аргументы противников позиции о возможности возникновения неврозов у умственно отсталых лиц можно считать справедливыми лишь при более глубокой умственной отсталости, нежели олигофрения в степени легкой дебильности (в старом понимании термина).

Целью нашего исследования явилось изучение психологических механизмов возникновения психогенных непсихотических расстройств, их связей с интеллектуальной недостаточностью. Для этого в круг обследования включались случаи, в которых невротические расстройства возникли на базе легкой умственной отсталости (олигофрении в степени легкой дебильности). Было обследовано 47 больных (38 мужчин и 9 женщин) в возрасте от 16 до 29 лет, находившихся на стационарном психиатрическом обследовании для определения годности к службе в армии (мужчины) или на лечении в дневном стационаре (женщины). Причиной невротических симптомов у них явились разнообразные конфликты, связанные с их «особым положением» в стационаре. Испытуемые с иной нозологической спецификой (чаще с личностными расстройствами и делинквентные подростки), находившиеся на экспертизе в стационаре, старались создавать им «невыносимые условия», подшучивали над ними. Все испытуемые негативно реагировали на факт госпитализации, считали, что врачи их «забракуют» и признают негодными к службе в армии, что трактовалось ими как «позор», «клеймо». Часто таких испытуемых волновал вопрос о том, как отнесутся их знакомые к факту признания негодности к службе в армии («все смеяться будут»). В обследованной группе испытуемых на ВКК с олигофренией в степени легкой дебильности (легкой умственной отсталостью) выявлялась типичная невротическая симптоматика, чаще в форме раздражительной слабости, эмоциональной лабильности, бессон-

ницы и других признаков неврастении. У 17 больных преобладало обсессивно-компульсивное расстройство.

Из анамнестических сведений обращал на себя внимание тот факт, что невротические симптомы в виде реакций появлялись у пациентов и до настоящего обследования. Болезненные невротические реакции часто возникали в ответ на однотипные конфликтные ситуации, которых можно было избежать, основываясь на опыте прошлых «ошибок». В начальных классах школы такие пациенты были объектами насмешек, которые могли ими прощаться в случае изменения к ним отношения. Больные с легкой умственной отсталостью с удовольствием выполняли простые задания, даваемые коллективом, не видя подвоха в подобной «игре». Они не были способны прогнозировать ситуацию и вновь раз за разом представали перед «бывшими друзьями» в невыгодном свете, осмеивались окружающими уже за выполнение поручений, что приводило к невротическим симптомам. Несмотря на это при изменении ситуации, лицемерном примирении с ними одноклассников вновь прощали им «издевательства». Это могло говорить о сниженной способности к вероятностному прогнозированию (антиципированию событий) у обследованных пациентов.

Для уточнения клинически определявшегося снижения способности больных с легкой умственной отсталостью к вероятностному прогнозированию проводилось патопсихологическое исследование с помощью модифицированного варианта теста фрустрационной толерантности Розенцвейга. Совместно с пациентами обсуждались представленные на рисунках-задачах конфликтные ситуации, просчитывались варианты их решения. Практически все пациенты оказались неспособными предложить набор вариантов. Их ответы были категоричными, ригидными и не давали возможности компромисса. Даже при настойчивой просьбе, разъяснениях экспериментатора, что выбранное ими решение вредно прежде всего им самим, испытуемые не отказывались о него, требуя действий других участников задачи-конфликта. У таких пациентов отмечалась нехватка «степеней свободы» (по Ю.А.Александровскому) для адекватного и целенаправленного реагирования в условиях психотравмирующеи ситуаций. Преобладающим типом использовавшегося пациентами вероятностного прогнозирования оказался моновариантный, выявившийся у всех обследованных. При сравнении с паци-

ентами с шизофренией, алкоголизмом и личностными расстройствами оказалось, что столь явное преобладание моновариантного типа встречалось лишь при умственной отсталости (при шизофрении он определялся в 58% случаев, при личностных расстройствах — в 52%, при алкоголизме — в 44%). По результатам второй модификации теста Розенцвейга для оценки используемых методов психологической компенсации пациенты составили две группы. В одну вошли те, кто использовал в эксперименте «лимитированную психокоррекцию», во вторую — «дефицитарную».

При оценке уровня интеллектуального развития пациентов обеих групп выявились различия. Несмотря на то, что у всех испытуемых диагностировалась олигофрения в степени легкой дебильности, во второй группе можно было говорить об олигофрении, граничившей с нормой. Разделение умственной отсталости (олигофрении) по степеням в достаточной мере условно. Умственная отсталость (олигофрения) представляет собой спектр, континуум, включающий и переходные (от нормы к болезни) состояния интеллектуального недоразвития, и глубочайшее слабоумие.

Анализируя полученные данные, можно высказать несколько предположений, уточнению которых могут способствовать дальнейшие углубленные исследования неврозов на фоне умственной отсталости. Клинические исследования дают возможность констатировать, что у больных олигофренией в степени легкой дебильности (так же как, впрочем, и у лиц без интеллектуальных нарушений) к невротическим симптомам чаще приводят не длительные хронические конфликтные ситуации, а остро возникающие психотравмы. Поэтому появляющиеся психогенные расстройства правомочнее обозначать невротическими реакциями. Невротические реакции у обследованных лице умственной отсталостью возникали в силу имевшихся у них интеллектуальных нарушений и проявлявшихся, как показало исследование, в снижении способности вероятностного прогнозирования и невозможности или неумения использовать методы психологической компенсации. Опираясь на концепцию об адаптивной функции поисковой активности (Ротенберг В.С., Аршавский В.В., 1984), можно сказать, что, с одной стороны, при умственной отсталости оперативный поиск решения конфликта затруднен в силу особенностей мышления больных (тугоподвижности и ригидности ассоциатив-

ных процессов), с другой — человек, способный «преднастроиться» к предстоящим событиям (вследствие правильно построенного вероятностного прогнозирования и антиципационной состоятельности), выигрывает время, необходимое для использования методов психологической компенсации в случаях, когда невротические симптомы еще не появились. Этот процесс, как показали исследования, отсутствует или заметно снижен при умственной отсталости.

Эмоции, аффекты и чувства

Эмоциональные расстройства являются основными при квалифицировании тех или иных форм невротических расстройств. Из аффективных симптомов и синдромов наиболее часто отмечаются депрессия, астения и слабодушие, страхи и фобии, ангедония, тоска и тревога. Эмоциональные феномены представлены обидой, разочарованием, аффектом недоумения, гневом.

Традиционно считается, что ответственным за большую часть невротических расстройств является повышенный уровень тревожности (Березин Ф.Б., 1988), который и способствует нарушению психической адаптации человека в условиях фрустрации. По мнению Ф.Б.Березина, существует «тревожный ряд», включающий несколько аффективных феноменов, закономерно сменяющих друг друга по мере возникновения и нарастания тревоги. Первым элементом этого ряда является «ощущение внутренней напряженности», проявляющееся в настороженности, тягостный душевный дискомфорт, вторым — гиперестезические реакции, третьим - собственно тревога, четвертым — страх, пятым - ощущение неотвратимости надвигающейся катастрофы и шестым — тревожно-боязливое возбуждение. В современной классификации подобные невротические расстройства располагаются в ряду тревожно-фобических расстройств, изолированных фобий, генерализованного тревожного расстройства, панического расстройства. Если обратиться к МКБ-10, то можно отметить тот факт, что спектр эмоциональных (аффективных) нарушений при невротических и связанных со стрессом расстройств крайне скуден, не нацелен на тонкую дифференциацию эмоциональных феноменов и не отражает реальности.

Проведенный нами анализ клинически проявляемых аф-

фективных нарушений в структуре различных невротических расстройств показал, что их представленность зависит от этапов неврозогенеза. На инициальном этапе (в первую неделю после воздействия психотравмы) определять эмоциональное состояние пациентов с помощью психопатологических дефиниций представляло значительные сложности. Изучение клинических особенностей эмоциональных состояний на первом этапе показало, что следует говорить, в первую очередь, о таких психологических феноменах, как *разочарование, растерянность (аффект недоумения непсихотического уровня) и обида.* Последний феномен оказался, по результатам исследования, базовым для дальнейшего формирования аффективных невротических симптомов и синдромов.

При анализе эмоциональных переживаний начального периода после психотравмирующего события выявлялось следующее распределение. Разочарование испытали 52,0% больных, чувство растерянности (недоумения) — 54,7% пациентов, обиды — 82,7%. (Анализ своих переживаний, делавшийся пациентами ретроспективно и наблюдавшийся в клинике, не являлся альтернативным, вследствие чего один больной высказывал точку зрения о наличии у себя в тот период двух или даже трех эмоциональных состояний. В беседе с родственниками на основании описания ими поведения и высказываний больных подтверждалось наличие ретроспективно оценивавшихся последними психологических переживаний.)

В рамках клинических форм невротических расстройств отмечались особенности распределения эмоциональных переживаний. У больных неврастенией и диссоциативными (конверсионными) расстройствами преобладало «чувство обиды» (87,8 и 85,0% соответственно). «Чувство разочарования» чаще встречалось у пациентов с обсессивно-фобическим расстройством (64,3% по сравнению с больными неврастенией — 43,9% и диссоциативными расстройствами 60,0%). В группе больных с диссоциативными расстройствами нередко обнаруживалось «чувство растерянности» (аффект недоумения).

Клинико-теоретический интерес представляло сопоставление двух выявленных у больных неврозами параметров — характера неожиданности события, ставшего психотравмирующим, и особенностей эмоциональных переживаний, отмеченных пациентами на первом этапе формирования невротических расстройств (табл. 8).

Таблица 8

Распределение доминирующей эмоции у обследованных больных в зависимости от характера психотравмирующего события

Доминир. эмоция	Характер события	
	«ожидавшееся»	«неожиданное»
Обида	11,3%	88,7%
Разочарование	35,9%	64,1%
Растерянность	46,3%	53,7%

Как видно из приведенных в таблице данных, все перечисленные эмоциональные переживания чаще возникали после неожиданных психотравм. Обида преобладала после неожиданно возникших психотравмирующих событий (88,7%) по сравнению с ожидавшимися (11,3%); так же как и чувство растерянности (соответственно 53,7 и 46,3%) и разочарования (соответственно 64,1 и 35,9%).

Анализ эмоциональных переживаний, наблюдавшихся на первом (когнитивном) этапе формирования невротических расстройств, показал, что они базировались не только на мотивационных особенностях преморбидной личности, но и на некоторых когнитивных (познавательных) особенностях. Так, оказалось, что все первичные эмоциональные переживания сформировались у обследованных больных на основе неожиданно возникших психотравмирующих ситуаций, а фактор неожиданности отражал несовершенство (или, по крайней мере, специфику) механизмов антиципации. Как правило, обида — наиболее широко представленное на первом этапе психическое переживание — возникала вследствие несовпадения завышенного, излишне оптимистичного или доверчивого отношения к окружающим и реальной оценкой их действий в условиях конфликта или любого иного взаимоотношения. Впрочем, сходная закономерность наблюдалась и при аффекте разочарования, и при чувстве растерянности и недоумения.

В развернутой стадии невротических расстройств распределение психических переживаний оказалось следующим. Обида, тоска и страх отмечались у 42,1 % обследованных, «душевная боль», отчаяние, тревога, усталость — у 31,7%, «бесперспективность существования», «опустошенность», печаль, подавленность, «обездоленность» -у 26,2%. Клинико-психопатологически выявленные переживания включались в сле-

Таблица 9

Характеристики «удачных» и «неудачных» процессов переживания

Характеристики	Защита	Совладание
Основные цели	Устранение, предотвращение или смягчение неудовольствия	Приспособление к действительности, позволяющее удовлетворять потребности
Характер протекания		
Произвольность, сознательность	Вынужденные, автоматические, большей частью неосознаваемые и ригидные процессы	Целенаправленные, во многом осознаваемые и гибкие процессы
отношение к внешней и внутренней реальности	Отрицание, искажение, сокрытие от себя реальности, бегство от нее, самообман	Ориентация на признание и принятие реальности, активное исследование реальной ситуации
дифференцированность	Формы поведения, не учитывающие целостной ситуации, действующие «напролом»	Реалистический учет целостной ситуации, умение пожертвовать сиюминутным. Способность разбивать всю проблему на потенциально разрешимые задачи
отношение к помощи в ходе переживания	Либо отсутствие поиска помощи и отвержение предлагаемой, либо стремление возложить на помогающего, самоустранившись от решения собственных проблем	Активный поиск и принятие помощи
Результаты, следствия и функции	Иногда невроз. Частное улучшение (снижение напряжения, субъективная интеграция поведения, устранение неприятных, болезненных ощущений) ценой ухудшения всей ситуации, регресса, объективной дезинтеграции поведения. Спасают от потрясения, предоставляя субъекту время для подготовки других, более эффективных способов переживания.	Обеспечивают упорядоченные, Контролируемое удовлетворение потребностей и импульсов. Удерживают субъекта от регресса, ведут к накоплению индивидуального опыта совладания с жизненными проблемами.

дующие симптомокомплексы: депрессивный (32,0%), тревожно-депрессивный (22,6%), фобический (16,0%), истерический (14,7%), ипохондрический (14,7%).

По мнению Ф.Е.Василюка (1984), переживания могут быть «удачными» и «неудачными», т.е. способствующими нормализации психического состояния или приводящими к готовности к формированию неврозов. «Удачное» переживание повышает адаптивность субъекта и даже способствует самоактуализации. «Неудачное» оказывает противоположный эффект. Автор приводит их сравнительные характеристики (табл. **9).**

Мотивация, волевая деятельность и поисковая активность

Потребностно-мотивационный аспект изучения неврозогенеза и клиники невротических расстройств, как известно, был присущ фрейдизму. S.Freud отстаивал точку зрения о биологичности, конституциональности характера потребности (в его представлении — сексуальной), блокирование которой в условиях общественной жизни с морально-нравственными регламентациями и фатальностью приводит личность к неврозу. Ученики и последователи S.Freud несколько отошли от представлений своего учителя. Так, К.Ногпеу на основе эмпирического анализа собственной психотерапевтической практики описала десять «невротических» потребностей. Их «аномальность» заключена как в их содержательной противоречивости, так и в формальных характеристиках структуры и способов реализации: навязчивой компульсивности, низкой степени осознанности и подконтрольности, а также присущей всей системе невротических потребностей принципиальной ненасыщаемости (подробнее о них — в первой главе).

По данным E.J.Phares, K.C.Wilson, N.M.KJyver, подтверждается преобладание у невротика «внешнего локуса контроля», «полезависимости», а также феноменов «внешней мотивированности» во всех сферах жизни. Это свидетельствует **о** том, что невротическая структура потребностей определяет и другие формально-стилистические особенности личности. Невротики чрезвычайно зависимы от мнений и оценок значимых других, конформны в отношении общепринятых традиций и авторитетов (H.A.Witkin); повышенно тревожны **и** уязвимы в ситуации неуспеха, даже в случае успеха избирают стратегию низких или средних целей, так как успех приписы-

вают не собственным способностям, а везению (A.Beck). Неспособность влиять на ход событий делает таких людей легко подверженными депрессии; Я-концепция характеризуется полярными качествами — ригидностью или нестабильностью образа Я и самооценок, низким уровнем самоуважения и самоприятия.

По мнению Е.Т.Соколовой, существуют еще две важные особенности невротических потребностей. Первая из них связана с общей направленностью личности невротика — его эгоцентризмом и «потребительской» ориентацией. «Если обладание составляет основу моего самосознания, ибо «я - это то, что я имею», то желание иметь должно привести к стремлению иметь все больше и больше», — писал E.Fromm. И далее: «...алчному всегда чего-то не хватает, он никогда не будет чувствовать полного «удовлетворения»... алчность ...не имеет предела насыщения, поскольку утоление такой алчности не устраняет внутренней пустоты, скуки, одиночества и депрессии». Иными словами, потребности невротика не обладают устойчивой опредмеченностью, а следовательно, существуют скорее в форме навязчивого влечения, чем социально опосредованного зрелого мотива.

Другая особенность потребностей (открывающаяся, как правило, только в процессе психотерапии или проективного исследования), по мнению Е.Т.Соколовой, состоит в их удивительной способности к трансформации, защитной мимикрии. Угроза фрустрации или нежелательных социальных санкций сложившемуся образу Я порождает «реактивные образования» — потребности — «перевертыши». Так, фрустрированная потребность в любви может выступить в сознании в виде прямо противоположного чувства — враждебности, отвержения.

В мотивационном аспекте существенным для познания процессов неврозогенеза может считаться понятие А.Н.Леонтьева об «одно- или многовершинности» мотивационной сферы. Так, «одновершинность» мотивационной сферы в сочетании с узостью содержания ведущей деятельности может в некоторых случаях привести при тяжелом заболевании к ипохондрическому развитию личности, создать сложности при построении системы замещающей деятельности. В то же время многовершинность мотивационной сферы создает большие возможности для замещения, построения новой ведущей

деятельности. Вместе с тем иногда наблюдается и такое явление: при условии неполного осознания болезни широта, многовершинность мотивационной сферы несет в себе опасность некритического отношения к своему состоянию. Некритичность не позволяет заболевшему человеку овладеть своими многочисленными побуждениями, «пожертвовать» некоторыми из них. Таким образом, возникает проблема формирования контроля за своим поведением, проблема формирования опосредования.

В потребностно-мотивационный аспект проблемы невротических расстройств позволительно включить и исследования В.С.Ротенберга и В.В.Аршавского (1984) по оценке роли так называемой поисковой активности, отражающей определенные волевые качества человека, в патогенезе невротических и психосоматических расстройств. Выдвинутая авторами концепция поисковой активности включает в себя и анализ невротически измененной поисковой активности, причем невроз понимается авторами как следствие неразрешенного интрапсихического мотивационного конфликта при недостаточной эффективности механизмов психологической защиты. Именно в последнем параметре усматривается существо вопроса: фактический отказ от поиска способов реализации вытесненного мотива приводит к невротическому типу реагирования. По мнению В.С.Ротенберга и В.ВАршавского, невротическая тревога представляет собой результат специфического отказа от поиска, когда невротические механизмы защиты выступают в роли своеобразной психологической компенсации. Так же, как и в случае, к примеру, с ипохондрией и фобиями. Возникновение таких невротических расстройств, как ипохондрия и фобии, открывает для человека возможность активных целенаправленных действий. Он может искать у врачей помощи от своих заболеваний, обследоваться, соблюдать режим жизни и лечения, избегать ситуаций, вызывающих страх. Таким образом, при формировании этих невротических расстройств появляется возможность для поисковой активности, которую В.С.Ротенберг и В.В.Аршавский называют вторичной. В отличие от нормального поиска невротический поиск направлен не на изменение самой неприемлемой ситуации или отношения к ней. Этот поиск направлен только на устранение последствий самой ситуации, т.е. тревоги. Он не исключает отказа от поиска (вытеснения), а

сосуществует с ним. Поиск в рамках невротического состояния не направлен на устранение ситуации, т.е. на решение невротического конфликта. Тем не менее есть все основания предполагать, что эта своеобразная поисковая активность выполняет в какой-то степени защитную функцию по отношению к соматическому здоровью.

В рамках мотивационного аспекта можно отметить и существенный для неврозогенеза диссонанс между прогнозируемым и реальным результатами, становящийся дополнительной причиной интрапсихического конфликта и еще одним источником невроза. Все это многообразие сведено к нескольким основным типам:

1. Конфликт типа желаемое-желаемое (аппетенция-аппетенция) имеет место в том случае, если индивидуум должен выбирать одну из двух равно желаемых потребностей. Субъект при этом испытывает одинаково выраженную потребность реализовать обе возможные линии поведения. Хотя обе они оцениваются как желаемые, необходимость пожертвовать одной из них обусловливает фрустрирующий характер ситуации.

2. Конфликт типа нежелаемое-нежелаемое (аверсия-аверсия) связан с необходимостью выбора между двумя равно нежелательными возможностями. При этом имеются конкурирующие потребности избежать каждой из альтернатив, одна из которых неизбежно фрустрируется.

3. Конфликт типа желаемое-нежелаемое (аппетенция-аверсия) обычно описывается как стремление индивидуума к какой-либо цели, от достижения которой его удерживает страх или иной отрицательный стимул, ассоциирующийся с желаемой целью или ее окружением (Ch.N.Cofer, M.H.Appley), т.е. как конкуренция между равно выраженными потребностями достичь цели и избежать связанного с ней же отрицательного стимула.

Изучение конфликта аппетенция-аверсия у лиц, находящихся в однотипной фрустрирующей ситуации, по мнению Ф.Б.Березина (1988), позволяет считать, что его можно представить как конфликт между путем и результатом. При таком подходе выделяются два варианта этого типа конфликта. При первом конфликт определяется необходимостью выбора между потребностью достичь какого-то результата ценой не-

желательных переживаний и потребностью избежать этих переживаний, которая удовлетворяется только ценой отказа от результата. Поскольку в этом случае нежелаемое предшествует желаемому, такой вариант конфликта — нежелательный путь к желаемому результату — обозначается как конфликт аверсия-аппетенция. При втором варианте потребность реализуется непосредственно, благодаря определенной форме поведения, а нежелаемыми являются отрицательные последствия, представляющие собой предвидимый (хотя и отдаленный) результат этой формы поведения. Такой вариант конфликта обозначается как желаемый путь к нежелаемому результату, как конфликт аппетенция-аверсия.

Потребностно-мотивационный аспект невротических расстройств и изучения неврозогенеза отражает повышенную значимость эмоционально-волевого комплекса. Это положение подтверждается разработкой так называемых мотивационных теорий личности, которые, с одной стороны, исследуют процессы личностного роста, гармонизации и адаптации психически здоровой личности, с другой — пытаются ответить на вопрос о механизмах дисгармоничного развития личности, причинах и факторах, вызывающих невротические изменения поведения.

Сознание и самосознание

Нарушений сознания в патопсихологическом и психопатологическом понимании у больных неврозами не обнаруживается. Нельзя говорить о невротических нарушениях, если больной дезориентирован в месте и времени, а также неправильно идентифицирует себя. Типичными могут считаться лишь нарушения процессов самосознания и самооценки. Начиная с работ, выполненных во фрейдистском русле, в частности с описанного А.Адлером (1991) комплекса неполноценности «невротической личности», интерес к этой теме не ослабевает.

В литературе принят термин «Я-концепция», обозначающий «совокупность всех представлений индивида о себе» (R.Waley, M.Rosenberg). Описательную составляющую Я-концепции называют образом Я; составляющую, связанную с отношением к себе или отдельным своим качествам, — самооценкой; совокупность частных самооценок — как принятие себя; поведен-

ческие реакции, вызванные образом Я и самоотношением, образуют поведенческую составляющую Я-концепции. Таким образом, самосознание, рассматриваемое со стороны своей структуры, представляет собой установочное образование, состоящее из трех компонентов — когнитивного, аффективного и поведенческого, которые имеют относительно независимую логику развития, однако в своем реальном функционировании обнаруживают взаимосвязь (Е.Т.Соколова).

M.Rosenberg выделил следующие параметры, характеризующие, по его мнению, уровень развития самосознания личности. Во-первых, это степень когнитивной сложности и дифференцированности образа Я, измеряемый числом и характером связи осознаваемых личностных качеств: чем больше своих качеств вычленяет человек и относит к своему Я, чем сложнее и обобщеннее эти качества, тем выше уровень его самосознания. По мнению Е.Т.Соколовой, степень когнитивной дифференцированности образа Я определяет прежде всего характер связи осознаваемых качеств с аффективным отношением к этим качествам. Низкая дифференцированность характеризуется «сцепленностью», «слитностью» качества и его оценки, что делает образ Я чрезмерно «пристрастным», обусловливает легкость его дестабилизации и искажения под влиянием разного рода мотивационных и аффективных факторов. Степень когнитивной дифференцированности определяет, в какой мере человек «зависим от поля» (G.Witkin), в частности от прямых и ожидаемых оценок значимых других, способна ли его самооценка отстраиваться, эмансипироваться от оценок других, в какой мере собственная самооценка является той «решеткой», системой эталонов, которая определяет отношение к жизненному опыту и саморегуляции поведения. Во-вторых, это степень отчетливой выпуклости образа Я, его субъективной значимости для личности. Этот параметр характеризует как уровень развитости рефлексии, так и содержание образа Я в зависимости от субъективной значимости тех или иных качеств. Следует добавить, что и субъективная значимость качеств и их отражение в образе Я и самооценке могут маскироваться действием защитных механизмов. Например, у транссексуалов и лиц с косметическим дефектом кожи, как показали экспериментальные исследования Е.Т.Соколовой, ценность и самооценка своих психических качеств в противовес физическим, телесным оказывается компенсаторно завышенной. В-треть-

их, это степень внутренней цельности, последовательности образа Я как следствие несовпадения реального и идеального образа Я, противоречивости или несовместимости отдельных его качеств.

Более четкая психологическая интерпретация этого измерения самосознания представлена В.В.Столиным в его концепции «личностного смысла Я». Будучи соотнесенными с мотивами и целями субъекта в его реальной жизнедеятельности, качества его личности могут обладать «нейтральностью» или личностным смыслом; последнее определяется тем, насколько они препятствуют или благоприятствуют реализации жизненных замыслов субъекта. Отдельные качества или одна и та же черта могут приобретать также конфликтный личностный смысл ввиду вовлеченности субъекта в различные, иногда «перекрещивающиеся» деятельности. «Переходя в сознание, личностный смысл выражается в значениях, т.е. когнитивно, например, в констатациях черт (умелый, ловкий, неловкий, терпеливый и т.д.) и в переживаниях — чувстве недовольства собой или гордости за успех» (В.В.Столин). Упорядоченность, внутренняя согласованность или, напротив, конфликтность самосознания зависит, таким образом, от личностного смысла Я.

Четвертым измерением уровня развития самосознания M.Rosenberg считает степень устойчивости, стабильности образа Я во времени. Итоговым измерением самосознания, по мнению Е.Т.Соколовой, является мера самопринятия, положительное или отрицательное отношение к себе, установка «за» или «против» себя. По мнению многих отечественных авторов, изучение самосознания у больных неврозами представляется весьма актуальным в связи с вопросами диагностики, а также разработки их патогенетической терапии и методов реабилитации.

Самосознание человека неразрывно связано с особенностями его личности (А.А.Меграбян). Самосознание формируется в ходе развития личности на основе познания окружающего мира и социальных, человеческих отношений. Степень самосознания во многом определяется способностью человека к тонкому рациональному (когнитивному) и чувственно-конкретному познанию чужого «Я» и отношения к себе других людей. А.Г.Спиркин отмечал, что человек начинает верно относиться к себе лишь после того, как он научается правиль-

но относиться к другим людям и прислушиваться к тому, как они оценивают его самого. В работах многих авторов имеются указания на связь самосознания со способностью человека к самоанализу, с самостоятельностью и оригинальностью его суждений, общительностью, уровнем мотивации и уровнем притязаний личности, с особенностями эмоционального склада, зрелостью мировоззренческих установок. А.А.Меграбян считал, что чрезмерная эффективность и кататимное, эмоциональное мышление способны отрицательным образом влиять на самосознание человека, в частности при заболевании неврозами.

Когнитивное оценивание, фрустрационная толерантность и стрессоустойчивость

Известно, что на развитие невротических расстройств влияют не только социальная среда, семейные отношения, генетическая предрасположенность, но и сама личность человека, его отношение к окружающей действительности, его действия в критических (фрустрирующих) ситуациях. Актуальным является изучение того, каким образом человеку удается справиться с жизненными трудностями, совладать с неожиданными негативными событиями, к каким стратегиям прибегают люди, чтобы адаптироваться к ним или предотвратить порождаемые ими эмоциональные нарушения. В связи с этим значимыми становятся параметры когнитивного оценивания, коммуникативной компетентности и толерантности, а также понятия «каузальной атрибуции», «фрустрационной толерантности» и стрессоустойчивости.

Вопросы о побудительных причинах действий и их результатов задаются любым человеком и представляют собой обыденное явление (Х.Хекхаузен). Каждый человек стремится узнать, что и почему происходит вокруг, в особенности если события его непосредственно затрагивают. Как наблюдатели и участники люди не просто фиксируют деятельность других людей в ее внешних проявлениях, таких, как картина пространственных перемещений, но также «воспринимают» или понимают, что собираются делать другие, чего они хотят, что «замышляют».

Х.Хекхаузен поясняет сказанное несколькими примерами. «Пусть кто-то хвалит меня: что это — любезность, лесть или я

действительно заслужил похвалу? Продавец расхваливает самый дорогой из всех товаров того же вида: хочет ли он просто сбыть дорогую вещь, или этот товар действительно самый лучший? Случайный знакомый приглашает меня при случае заглянуть к нему домой: что это — простая вежливость, или он действительно будет рад, если я однажды заявлюсь к нему? Выпускник вуза имеет диплом с отличием и поступает на работу: действительно ли он так способен, либо там, где он учился, легко сдавать экзамены? Вопросы об основах мотивации действий (случаи 1—3), причинах результатов действий (случай 4) — не просто проявления интеллектуального любопытства. Неверные ответы на них чреваты последствиями и, в частности, формированием невротического конфликта. Если человек не точно распознает, что собеседник льстит, продавец хочет сбыть товар, а диплом с отличием легко достался поступающему на работу, то от этого будет хуже только ему; волей-неволей он станет причиной будущих недоразумений, на которые возникнет реакция. Часто все это не исключает нежелания расставаться с неадекватным приписыванием причин, потому что подобная атрибуция оправдывает собственное поведение или сохраняет представление о себе и окружающем мире».

В связи с изучением причин неврозогенеза и патопсихологических особенностей лиц с невротическими расстройствами, особый интерес представляет анализ понятий «позиций наблюдателя и локализации причин». Существуют различия в наблюдении и оценке своего или чужого поведения. В этих двух случаях отмечаются не только разные способы наблюдения, но и разный подбор и интерпретация информации. Прежде всего, по теории Х.Хекхаузена, различаются сами источники информации. При внешнем наблюдении внимание человека направлено на протекание чужого действия. Все же то, что происходит в субъекте прежде чем он приступит к действию и в ходе действия, недоступно восприятию. Человек всегда может зарегистрировать внешние результаты наблюдаемого поведения: движения, экспрессивные проявления и речь. Причины подобных поведенческих проявлений он относит к действующему субъекту как к их автору. И поскольку субъект, будучи индивидом, представляет собой нечто константное, то в качестве причин действия он рассматривает устойчивые личностные диспозиции (свойства) субъекта.

Наблюдая собственное действие, индивид видит ситуацию еще и как бы изнутри. Его восприятие направлено на существенные особенности ситуации, на содержащиеся в ней указания, возможности, соблазны и опасности, вообще, на все то, что определяет его поступок. Соответственно и в качестве причин поведения он рассматривает меняющиеся особенности ситуации, а не диспозиции, побуждающие нас действовать так, а не иначе.

Воспринимаемое и даже то, что может быть воспринято в будущем, по-разному членится на фигуру и фон при этих двух позициях наблюдения. При внешнем наблюдении особенности ситуации образуют непрерывный фон, на котором в качестве фигуры контрастно выступает действие субъекта. При самонаблюдении, наоборот, особенности ситуации воспринимаются как фигура на фоне собственного поведения. Уже на уровне восприятия происходит такая организация фигуры и фона, которая предопределяет характер получаемой информации, а тем самым и локализацию причин поведения. Различная локализация причин поведения объясняется также неодинаковым характером и объемом фоновой информации, субъект действия лучше наблюдателя знает, что привело к данной ситуации, — он знает предысторию. Ему известны постепенные изменения и тенденции развития собственного поведения. Наблюдатель, как правило, знает об этом или мало, или ничего. Ему приходится строить свое объяснение на восприятии момента, что исключает в качестве возможных причин внутренние изменения. Наблюдаемое действие выделяется лишь на фоне того, как поступает или поступили бы в этой ситуации другие, то есть все сводится к вопросу о межличностных диспозициях (Nisbett R., Capito C, Legant P., Marecek J., 1973).

Анализируемая проблема восприятия окружающих людей и ситуаций позволяет более точно понять причины нарушения адекватности и точности оценки человеком с невротическими расстройствами намерений и смысла поведения окружающих, особенно участников конфликта.

По мнению большинства психологов, не существует единой теории атрибуции, так же как и не существует набора методических приемов, свойственных только этой теории. При том многообразии способов объяснения людьми объясняющей действительности не вызывает удивления обилие теоретических и методических подходов, сторонники кото-

рых пытаются пролить свет на объяснение различных: «Что?», «Как?» и «Зачем?». Практически все современные подходы берут начало в работах Фрица Хайдера. Отправной точкой послужила его появившаяся в 1958 году книга «Психология межличностных отношений». Книга не содержит экспериментальных данных и целиком посвящена теоретическому разбору той психологии здравого смысла обыденного поведения, при которой неискушенный в науке человек объясняет собственные действия и их результаты. Ф.Хайдер различает феноменальное и каузальное описание воспринимаемого. Феноменальным описанием охватывается воспринимаемое непосредственно, каузальным — процесс восприятия дистального объекта, начинающийся с раздражения органов чувств, включающий переработку сенсорной информации и заканчивающийся построением образа данного предмета. Обе формы описания строго не разграничиваются. В непосредственно воспринимаемом нами уже дано нечто большее, чем поверхностный «сколок» явления. В другом человеке мы воспринимаем не только его движения и мимику лица, но и его эмоциональные состояния, желания и мотивацию. Таким образом, уже в восприятии присутствуют «добавки», которые в его завершающих процессах могут и не осознаваться, хотя частично эти «добавки», возможно, выявляются при каузальном анализе. Ф.Хайдер пишет: «При межличностном восприятии наблюдатель, благодаря определенной форме непосредственного понимания, воспринимает людей не только в их пространственных и физических свойствах, но и в таких неуловимых качествах, как их желания, потребность и эмоции».

Каузальным описанием охватывается не только непосредственно данное, но и прошлое, те процессы, которые привели к наблюдаемому состоянию. При этом важную роль могут играть детали воспринятого, хранящиеся в памяти материалы, абстракции, получаемые в результате переработки информации или каких-то более частных процессов. Ф.Хайдер особое место отводит «центральным процессам», порождающим «понятия», с помощью которых интерпретируется воспринимаемое. Важнейшим теоретико-познавательным вопросом психологических исследований является вопрос о степени адекватности, с которой методом интроспекции можно описать частные процессы, определяющие феноменально данное.

Теория атрибуции занимается проблемой того, как люди причинностью объясняют себе явления объективной действительности, то есть они их «каузально атрибутируют». Эта теория призвана разъяснить приблизительно следующее множество вопросов: «Когда и кто по отношению к кому нечто сделал, как, для чего и почему?» Это в особенности относится к области межличностных отношений и существенно значимо для неврозологии.

Таким образом, ясно, что когнитивное объяснение причин (атрибутирование) является частью процесса мотивации, оказывая решающее влияние на поведение человека. При всяком научном объяснении поведения эти процессы необходимо учитывать независимо от того, является ли с позиций научного анализа подобное атрибутирование субъектом действия «наивным», неполным или «ошибочным». Важно одно — что сам субъект считает правильным. Как он приходит к такому выводу, какую информацию использует, как ее обрабатывает — все это составляет предмет теории атрибуции.

Каузальная атрибуция, так же как и логическое мышление, и речевое общение, является полезным звеном всего того, что охватывается мотивацией деятельности. При этом в мотивации деятельности и процессе атрибуции следует различать два противоположных аспекта. Во-первых, атрибуция наряду с другими процессами облегчает переработку информации, получение соответствующих реальности и потому полезных знаний. В этом смысле каждый человек ведет себя, в сущности, так же рационально, как и ученый. Однако, во-вторых, мотивация может искажать процессы атрибуции, поскольку приписывающий причины субъект может, руководствуясь личными интересами, прийти к неправильным или односторонним выводам. В этом отношении каузальная атрибуция, по-видимому, в большей степени подвергается искажениям, чем логические выводы и речевое общение, ведь причины могут локализоваться сколь угодно далеко от непосредственно наблюдаемых явлений, и столь же обширной может оказаться область их поиска.

Процессы атрибуции проявляются в ситуациях, в которых сталкиваются интересы индивидов. Действующий партнер стремится избавиться от жесткого социального контроля; оценивающий, давая нежелательному поведению негативное объяснение, стремится другого вернуть на путь правильного, с его

точки зрения, поведения. В этом смысле атрибуции есть процесс регуляции оценок, даваемых друг другу партнерами. В основания действий включаются приписанные им оценки. Область атрибуции оснований каждого действия весьма обширна, так что действующий индивид и его партнер имеют для выбора достаточно много вариантов. Отсюда часто проистекают часто неразрешимые конфликты атрибуций. Однако каждому из партнеров следует делать свои объяснения понятными другому и приемлемыми им. В противном случае индивиды прибегают к метаатрибуции, в которой ставятся под сомнение честность, разумность или даже интеллектуальные способности другого, а тем самым — возможность общения с ним.

Таким образом, каузальная атрибуция представляет собой базовую способность человека понимать и прогнозировать причинно-следственные отношения. Приписывание причин не самоцель, но всякая мотивированная деятельность каузально атрибутируется. Вот почему на каузальную атрибуцию может влиять цель действия, подчиняя ее себе, тем более что обычно область возможных вариантов объяснения достаточно широка. Таким образом, каузальная атрибуция является частью процесса мотивации деятельности. Это особенно справедливо в случае регуляции при помощи атрибуции социальных отношений, а именно при оправдании собственного поведения и возложении ответственности за него на пострадавших партнеров (Х.Хекхаузен).

Когда приходится объяснять собственное поведение, а в этом случае причины собственных действий или действий других лиц оказываются уже не столь безразличными, в особенности если дело касается самооценки, то логико-рациональные правила использования информации могут искажаться в угоду субъективно значимым интересам. Такой мотивационной предубежденностью атрибуции занимаются давно. Особенно ярко она проявляется в случае успеха или неудачи. Она сказывается и на расхождении в перспективах оценки себя и другого, а также на использовании информации о согласованности оценок. Эта предубежденность может отражаться и на прочно усвоенных формах профессионального поведения, например на выученной беспомощности. Она влияет и на осознание нами ответственности и вины.

Фрустрация (от лат. frustratia) — психическое состояние, вызванное неуспехом в удовлетворении потребности, желания.

Состояние фрустрации сопровождается различными отрицательными переживаниями: разочарованием, раздражением, тревогой, отчаянием и др. Необходимыми признаками фрустрирующей ситуации является наличие сильной мотивированности достичь цель (удовлетворить потребность) и преграды, препятствующей этому достижению. Необходимым условием фрустрации является сочетание сильной мотивированности к достижению определенной цели и препятствий на пути к ней. Ф.Е.Василюк (1984) выделяет два важнейших параметра, по которым должно характеризоваться поведение во фрустрирующей ситуации: 1) «мотивосообразность» — наличие осмысленной перспективной связи поведения с мотивом, конституирующим психологическую ситуацию и 2) организованность поведения какой бы то ни было целью, независимо от того, ведет ли достижение этой цели к реализации данного мотива.

Переход ситуации затрудненности в ситуацию фрустрации осуществляется в двух измерениях — по линии утраты контроля со стороны воли, т.е. дезорганизации поведения и/или по линии утраты контроля со стороны сознания, что на уровне внутренних состояний выражается соответственно в потере терпения и надежды. В работе Ф.Е.Василюка «Типология переживания различных критических ситуаций» анализируется вопрос о том, как различные критические ситуации (стресс, конфликт, фрустрация и кризис) могут преодолеваться с помощью разных типов переживания (гедонистического, реалистического, ценностного и творческого). Установлено, что возможны сочетания любого типа переживания с любым типом критических ситуаций. Автор пытается ответить на вопрос: «Навязывает ли человеку сложившаяся в его жизни критическая ситуация определенный тип ее переживания или человек может по-разному переживать одну и ту же ситуацию?» Ф.Е.Василюк пишет: «Из опыта известно, что наряду с «успешными» встречаются и непродуктивные, а то и деструктивные формы переживания критических ситуаций. В обыденной жизни довольно легко отличить «успешное» переживание от «неуспешного», особенно в тех случаях, когда человек творчески и мужественно справляется с настоящим кризисом или, напротив, впадает в уныние от незаметной царапины. Но в психотерапевтической практике приходится преодолевать обыденные очевидности: опыт убеждает, что за «несгибаемым мужеством» порой стоит невротическое игнорирование реальности, а за «незаметной царапиной» — глубокая трагедия.

Поэтому необходим поиск признаков, по которым можно отличать «успешные» и «неуспешные» формы переживания.

Е.И.Кузьмина в работе «Исследование детерминант свободы-несвободы от фрустрации» представляет результаты исследования одного из феноменов личности — феномена освобождения от фрустрации в ситуации взаимодействия с другим человеком. По результатам корреляционного анализа в качестве детерминант свободы от фрустрации выявлен комплекс сформированных в процессе жизнедеятельности качеств, обеспечивающих возможность бесконфликтного и эффективного ощущения процессов рефлексии, переживания и собственно деятельности, без чего невозможно достижение свободы. Среди детерминант свободы от фрустрации Е.И.Кузьмина выделяет: 1) индивидуальные особенности человека — индивидуальные качества мышления: флексибельность и высокий абстрактный уровень мышления; высокая самооценка по фактору свободы; тенденция к импунитивным реакциям; 2) высокие показатели личностных факторов: «конформизм — нонконформизм», «подчиненность — доминантность», «прямолинейность — дипломатичность», «эмоциональная неустойчивость — эмоциональная устойчивость»; 3) акцентуации характера: гипертимность, циклотимность и в сочетании с ними (сопряжены с положительным эмоциональным фоном, достаточно высокой степенью мотивированности на достижение) — эмотивность, экзальтированность, возбудимость. Таким образом, по мнению Е.И.Кузьминой, более свободны от фрустрации люди с высоким уровнем интеллекта, умеющие быстро находить главное и переключаться от незначительного к наиболее ценному в ситуации принятия решения, способные глубоко осознать ситуацию фрустрации, понять ее причины, мотивы деятельности, предвидеть последствия действий, предвосхитить возможные пути поведения и выбрать оптимальный вариант, а также независимые и уверенные в себе, с высоким жизненным тонусом, позитивным отношением к другим. Фрустрационные ситуации не расстраивают их, не «выводят из себя», а служат, скорее, ступенькой на пути достижения целей, что является одной из характеристик самоактуализирующихся личностей. Им не надо искать виновных в случившемся, взывать о помощи, защищаться. Перед ними другая задача: найти конструктивный выход из ситуации затруднения, освободиться от

фрустрации — преодолеть ограничения и, возможно, помочь это сделать другим. В результате данного исследования было показано, что: необходимо-упорствующий тип реакции выступает показателем свободы личности от состояния фрустрации; препятственно-доминантный и защитный типы выступают показателями несвободы личности от состояния фрустрации; что импунитивные реакции, свидетельствующие о сформированности установки действовать в соответствии с правилами этики, способствуют беспристрастному поиску конструктивного решения и в сочетании с необходимо-упорствующим типом реакций представляют оптимальный вариант освобождения от фрустрации. Кроме того, между свободой от фрустрации и интеллектуальными качествами (флексибельностью, высоким уровнем абстрактного мышления) существует прямая зависимость: чем больше развита флексибельность мышления, тем глубже и интенсивнее у человека осуществляются процессы осознания, планирования возможных вариантов развития ситуации, рефлексии на деятельность и Я-концепцию; три стороны свободы — рефлексивная, чувственная и действенная — гармонично соотносятся друг с другом. Между свободой от фрустрации и некоторыми индивидуальными особенностями и личностными качествами человека существует связь. Некоторые индивидуальные особенности человека и личностные качества способствуют освобождению от фрустрации. Так, в результате корреляционного анализа обнаружено, что с необходимо-упорствующими реакциями связаны: высокие показатели самооценки по фактору свободы; высокие показатели личностных факторов; тенденция к импунитивным реакциям; акцентуации характера, которые, очевидно, имеют действенную силу в соотношении друг с другом. Высокая ответственность оказалась связанной с импунитивными реакциями.

Л.И.Анцыферова в работе «Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита» проследила динамику сознания и действия личности в трудных обстоятельствах жизни. Последняя является результатом психической переработки индивидом жизненных невзгод с позиций своей, лишь частично осознаваемой уникальной «теории» мира. Выбираемые человеком для совладания с тяжелыми условиями «техники» жизни обусловлены личностными характеристиками и уровнем психотравмирую-

щего воздействия трудных ситуаций. Психологи, приступившие к изучению личностного пути человека, обнаружили, что на каждом этапе есть свои трудные проблемы и тяжелые события, с которыми субъекты самостоятельно (с большим или меньшим успехом) справляются. С трудными проблемами, бедами и несчастьями люди встречаются в разных сферах своего бытия, на всем протяжении индивидуального жизненного пути. По данным Л.И.Анцыферовой (1994), активность человека по преодолению жизненных трудностей чаще изучается в рамках когнитивно-поведенческой парадигмы, представители которой с позиций внешнего наблюдателя анализируют то, как человек воспринимает и оценивает свои трудности, как связан уровень самооценки с приемами совладания, какими способами можно усилить мотивацию индивида в особо трудных условиях и т.д. Критическими для этих исследований были вопросы о том, почему разные люди весьма различно воспринимают одни и те же ситуации, почему они, обладая примерно равным набором стратегий, выбирают неодинаковые приемы разрешения трудных проблем. Пытаясь ответить на данные вопросы, психологи начали переходить к иной парадигме. Ее представители призывают анализировать сложные ситуации и действия в них индивида с позиций его собственного внутреннего мира, «внутренней реальности». Они исходят из положения о том, что человек на протяжении всей своей жизни строит, перестраивает и достраивает глубоко личностную «теорию» мира, включая и его самоконцепцию. Весь опыт жизни, а также предвосхищаемое будущее закрепляется в мини-теориях в виде систем значений и значимостей, убеждений и ценностей — они- то и регулируют восприятия и представления человека, определяют интерпретацию окружающего мира и действия в нем субъекта. Свою теорию индивид стремится сделать упорядоченной, взаимосогласованной — теорией предсказуемого и понятного мира. Личностной концепции благополучного мира соответствует и концепция себя как удачливого и неуязвимого. Стремясь поддерживать позитивное представление, люди игнорируют неблагоприятную информацию о себе, стараются дискредитировать источник информации, понижающий самооценку, и даже прибегают к разным формам самообмана. Детальные экспериментальные исследования мини-теорий людей, еще не испытавших тяжких травм и несчастий, позволили выявить их сверхоптимистическое отношение к жизни.

Зная такую личностно-мировоззренческую «теорию» человека, можно представить себе, сколь разрушительным будет воздействие на него неожиданного тяжелого события. Не вписываясь в личностную «теорию», негативное событие приводит к разрыву сложившихся систем значений в сознании, к разрушению субъективного жизненного мира. Глубоко укоренившиеся отношения к миру должны быть перестроены. Однако сознание под влиянием сильного аффекта резко сужается, оно концентрируется лишь на негативных аспектах события. В результате человек не способен воспринять те характеристики события и те включающие его связи, которые могли бы помочь ему изменить ситуацию к лучшему. Но лишь сам субъект в силах изменить свою индивидуальную «теорию», сделать ее более реалистичной, переосмыслить выпавшие на его долю несчастья как неотъемлемую часть жизни, а не как незаслуженное наказание судьбы. Основное, чему учится индивид на таких болезненных примерах, - это выработка главной стратегии — антиципировать и предотвращать трудные жизненные ситуации.

Выделяется такая черта «совладающих» личностей, как сензитивность, — повышенная чувствительность к незаметным особенностям ситуаций, к отдаленным ассоциациям, помогающим справиться с трудностями. Уверенные в своих возможностях контролировать негативные события, они воспринимают мир как источник «вызовов», как возможность испытать свои силы. Неудачи не обескураживают интерналов, не снижают их самооценки, а используются в качестве полезной информации, свидетельствующей о необходимости изменить направление поисков решения. Стрессоустойчивость позволяет им сохранить здоровье даже в очень суровых условиях. Принципиально иным выглядит тип личности, избегающий практически преобразовывать опасную ситуацию. По данным Kobasa, у таких людей плохо развито самосознание, слабая структура представлений о себе, они не отвечают на «вызов» судьбы. Пугливые, с недостаточно развитыми процессами когнитивного оценивания, такие личности не считают себя неспособными контролировать окружающий мир. Они предпочитают уходить от тяжелых ситуаций или покорно их переносить, не пытаясь изменить. Не удивительно, что мировоззрение робких, отстраняющихся от мира людей часто окрашено пессимизмом. Избегая вступать в контакты с другими людьми, мно-

гие из них уходят в мир фантазий. Одна из главных характеристик, которая мешает им успешно жить в реальном мире, — это низкая мотивация достижения, которую они сами нередко интерпретируют как отсутствие способностей.

Выявление типов личностей, предпочитающих при определенных условиях конкретные «техники» жизни, отнюдь не означает, что именно человек определяет свое поведение в той или иной ситуации. Придерживаются принципов трансакции: свойства личности и особенности ситуации взаимно преломляются. В определенных ситуациях стрессоустойчивость, стойкость, реалистический подход и хорошо развитый механизм когнитивного оценивания позволяют личности гибко выбирать разные стратегии в меняющихся обстоятельствах. В тех же обстоятельствах у личности другого типа мгновенно возникают страх, предчувствие неудачи, сильно снижается мотив достижения — иными словами, человек не может стать буфером или модератором на пути стрессовой ситуации. Оценка ситуации как драматической, очень трудной вызовет не преобразующую стратегию, а уход, акцептацию события и коррекцию ожиданий. Психологическое своеобразие личности обуславливает неоднозначное влияние на нее трудных ситуаций, но ее типологические характеристики создают предпосылки для предсказания поведения и переживаний в условиях стресса и напряжения.

Коммуникативная компетентность

Не вызывает сомнений тот факт, что неврозогенез имеет тесные связи с понятиями коммуникативной компетентности личности. Именно благодаря компетентности в общении человек способен точно понимать и оценивать поведение окружающих людей, способен выбирать наиболее продуктивный способ взаимодействия с ними, избегать психотравмирующих ситуаций.

Коммуникативная компетентность предполагает ситуативную адаптивность и свободное владение вербальными и невербальными средствами социального поведения (Емельянов Ю.Н., 1985), умение быстро и адекватно ориентироваться в многочисленных и разнообразных коммуникативных ситуациях, овладение эффективной техникой общения (Петровская Л.А., 1982). По данным А.С.Кондратьевой (1979), Г.А.Ковалева (1982),

социально-психологическая компетентность является одной из определяющих в развитии *стрессоуязвимости* человека.

Поданным Ю.Н.Емельянова (1985), коммуникативная компетентность предопределяет осознание: а) собственных потребностей и ценностных ориентации; б) своих перцептивных умений (стойких предубеждений в отношении тех или иных проблем); в) готовности воспринимать новое во внешней среде; г) своих возможностей в понимании норм и ценностей других социальных групп и культур; д) своих чувств и психологических состояний в связи с воздействием факторов внешней среды. Таким образом, сано- и патогенная характеристика неврозогенности компетентности в общении связана с возможностью индивида правильно и точно понимать, воспринимать поведение и поступки окружающих людей (т.е. видеть за ними то, что фактически имеется, и не усматривать психотравмирующее воздействие) и адекватно реагировать на жизненные события. Кроме этого, понятие коммуникативной компетентности тесно спаяно с понятием антиципационной состоятельности (прогностической компетентности). Предвосхищение поведения и высказываний участника общения, готовность к многовероятному реагированию на это гармонично входят в структуру коммуникативной компетентности.

Особый интерес в плане проникновения в психологию «потенциального невротика» представляет понятие *когнитивной сложности* (Biery J., 1955) личности. Большая когнитивная сложность характеризуется более дифференцированной системой измерений для восприятия поведения других, что может сказываться на оценке поведения как психотравмирующего или непсихотравмирующего. Известно, что когнитивно сложные более точны в предсказании поведения людей, менее полезависимы, более эмапичны, они лучше других предсказывают конструкты других, более способны к пониманию внутреннего мира других и лучше способны предвосхищать их поступки.

Психическая ригидность и фиксированные формы поведения

Проблема психической ригидности в неврозологии появилась благодаря исследованиям Г.В.Залевского, показавшего значимость данного психического состояния для неврозогенеза. Под психической ригидностью понимается неспособность личности изменять свое поведение в соответствии с из-

менениями ситуации, приверженность к однотипному образу действий, негибкость. Ригидность предполагает застреваемость аффекта, фиксацию на однообразных объектах и неизменность их эмоциональной значимости.

По мнению ряда авторов (Роговин М.С., 1963; Наенко Н.И., Овчинникова О.В., 1967; Пунк Э.Ю., 1969 и др.), в ситуации психоэмоционального напряжения отличительной особенностью поведения может являться его негибкость, утрата пластичности, свойственной в нейтральной остановке. Считается, что причиной ригидности поведения может быть тревога, страх, фрустрация, шок.

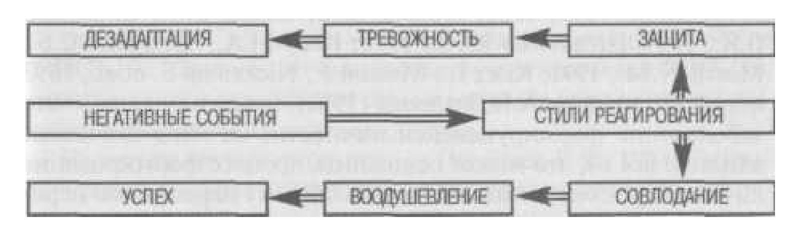
Если рассматривать проблему взаимосвязи психической ригидности и неврозогенеза на психофизиологическом уровне, то следует обратиться к работам В.М.Русалова (1979,1982), который указывал на тот факт, что ведущими функциями механизма саморегуляции являются *чувствительность к вероятностной среде и пластичность нервных процессов.* Именно пластичность отвечает за «внутреннюю тенденцию к перемене тактик вероятностного прогнозирования», а следовательно (в соответствии с антиципационной концепцией неврозогенеза) и за формирование невротической симптоматики.

Айзенк (1970) выделил пять типов качества ригидности: «моторная — трудность перестройки привычных движений или двигательных навыков; сенсорная — пролонгирование ощущения после прекращения действия стимула (сюда относятся последовательные образы); эмоциональная — продолжение эмоционального ощущения после прекращения действия эмоциогенных стимулов; персеверация представлений памяти; персеверация в сфере мышления — инерция суждений, установок, способов решения задач». Саногенным в отношении невротического симптомообразования можно признать свойство пластичности, которое некоторые исследователи пытаются формировать в процессе проведения психотерапии (Никитин В.Н., 1999).

Фиксированные формы поведения, или стилевые характеристики поведения индивида, по мнению многих авторов (Либин А.В., 1999), играют существенную роль во взаимоотношениях в диаде личность-психотравма, процесах совладания человека со стрессовой ситуацией. Исследование С.Томпсона (1986) продемонстрировало, что нахождение позитивных моментов в трагическом событии позволяет людям легче пере-

жить его (на примере оценки через год после утраты жилища вследствие пожара). Автором было отмечено пять способов смягчения ситуации: 1) обнаружение неожиданно появившихся побочных положительных моментов («Зато мы теперь живем вместе с детьми»); 2) сознательное сравнение с другими погорельцами («У нас хоть стоимость дома была не до конца выплачена, а вот у соседей...»); 3) представление еще более худших последствий ситуации («Мы остались живы, а ведь могли и погибнуть!»); 4) попытки забыть о случившемся («Вы о чем говорите? О пожаре? Да мы об этом уже забыли»); 5) реинтерпретация ситуации («Нам все равно давно уже надо было переехать в другое место»).

Представленные результаты эксперимента демонстрируют значимость *индивидуального стиля интерпретации* и реагирования на совладание с психотравмирующей ситуацией, а значит, и на возможность формирования невротических расстройств. Под индивидуальным стилем реагирования понимается параметр индивидуального поведения, характеризующий способы взаимодействия человека с различными сложными ситуациями, проявляющийся либо в форме психологической защиты от неприятных переживаний, либо в виде конструктивной активности личности, направленной на разрешение проблемы (А.В.Либин, 1999). Автор предлагает следующую схему, описывающую влияние стиля реагирования на психическое состояние человека:



Рисунок

Характерным для «неврозоустойчивой личности» является, во-первых, большой репертуар стилей поведения (сценариев) в условиях фрустрирующих событий; во-вторых, гибкость стратегий и тактик поведения в условиях действия психотравмы. «Потенциальный невротик» склонен к шаблонному и стереотипному реагированию, что затрудняет его адаптацию.

Глава 5. ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ И КУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Описанные в предыдущих главах закономерности формирования, клинических проявлений, течения и исходов невротических расстройств распространяются на зрелый возраст. Они являются типичными для взрослых людей. Одной из проблем неврозологии является проблема специфичности невротических расстройств, зависимости их этиопатогенеза и психопатологии от половозрастных и культуральных факторов. До настоящего времени неясными остаются связь детской невропатии, подростковых невротических реакций с невротическими расстройствами взрослого человека, влияние социо- и этнокультуральных параметров на возможность возникновения и купирования невротической симптоматики. В данной главе основной упор делается именно на этих особенностях.

Невротические расстройства у детей и подростков

Частота невротических расстройств у детей колеблется, по данным разных авторов, от 14 до 65% (Ковалев В.В., 1979, 1995; Личко А.Е., 1985; Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндинин В.Я., 1994; Шевченко Ю.С., 1995; Kelly M.A., Alexander C.S., Morris N.M., 1991; Kiser L., Meston J., Nickerson S. et al., 1993 и др.). По мнению А.И.Захарова (1982), неврозы у детей — это заболевание формирующейся личности, на него оказывает влияние все то, что может осложнить процесс формирования личности у детей и способствовать общему нарастанию нервно-психического напряжения у родителей и детей. Отмечается, что первоначально неврозы представляют эмоциональное расстройство, возникающее преимущественно в условиях нарушенных отношений в семье, прежде всего с матерью, являющейся наиболее близким для ребенка лицом в первые годы жизни. Оба родителя испытывают много личностных проблем, и заболевание ребенка можно рассматривать как клинико-психологическое отражение личностных проблем родителей, начинающихся еще нередко в прародительских семьях.

Особенности клиники невротических расстройств, с точки зрения большинства психиатров, зависят от стадий развития психики ребенка, от возрастного уровня нервно-психического реагирования (Ковалев В.В., 1973, 1995). Автор выделил следующие уровни: 1) соматовегетативный (0—3 года); 2) психомоторный (4—10 лет); 3) аффективный (7—12 лет); 4) эмоционально-идеаторный (12-15 лет). Возрастной фактор в виде изменений общей и нервной реактивности в критические периоды онтогенеза — кризы в 2—4 года, 7—8 лет, 12—15 лет, по Г.Е.Сухаревой (1955), Stockert (1966), может иметь определенное этиологическое значение и способствовать возникновению невротического заболевания.

В клинической картине детских неврозов чаще наблюдается доминирование моносимптома в сочетании с генерализованной тревогой и вегетативными нарушениями (Бажин Е.Ф., Билькевич А.Д., 1992).

Существует точка зрения, что этиопатогенез неврозов у детей имеет особые, специфические параметры, что нашло отражение в международной классификации болезней 10-го пересмотра, где психические (в том числе невротические) расстройства разнесены по возрастному признаку. Приводятся 4 аргумента такой дифференциации: 1) отсутствие связи между эмоциональным расстройством у ребенка и по мере его взросления, 2) клинические различия расстройств, основанные на альтернативе количественно-качественные параметры, 3) принципиально разнящиеся механизмы психогенеза, 4) отличия в клинико-нозологической специфичности (МКБ-10). Однако, по свидетельству составителей МКБ-10, именно третьему наиболее существенному аргументу «не достает эмпирических подтверждений».

Носители другой точки зрения (Ковалев В.В., 1994; Спиваковская А.С., 1988) убеждены, что неврозогенез не имеет существенных возрастных особенностей, из чего следует вывод об идентичности этиопатогенеза невротических расстройств у детей, подростков и взрослых. Указывается также на то, что возрастной фактор сказывается лишь на симптомо(формо)образовании, а не на этиопатогенезе.

Традиционно в отечественной литературе считается, что нарушения в нервно-психической сфере ребенка представляют интегративное выражение расстройств биологического и психического созревания, вызванных взаимодействием пси-

хогенных, церебрально-органических и наследственно-конституциональных факторов, при этом учитывается принцип единства биологического и социального (при ведущей роли последнего) в человеке в процессе формирования его личности (Ковалев В.В., 1975, 1995; Мясищев В.Н., 1975; Шорохова Е.В., 1975; Новинский И.И., 1979).

Общим ведущим причинным фактором психогенных заболеваний являются психотравмирующие воздействия, однако их характер может быть очень различным. Большинство авторов выделяют следующие их характеристики: интенсивность, смысл, актуальность, патогенность, острота, продолжительность, повторяемость, связь с преморбидными личностными особенностями. В.В.Ковалев (1995) отмечает следующие типы детских психотравмирующих факторов: 1) шоковые психические травмы; 2) ситуационные психотравмирующие факторы относительно кратковременного действия; 3) хронически действующие психотравмирующие ситуации; 4) факторы эмоциональной депривации. А.И.Захаров (1982) считает, что, чем острее психотравма, тем меньшую роль играют личностные особенности.

Большое значение в формировании детских неврозов в психоаналитических исследованиях придавалось эмоциональной связи матери и ребенка на ранних этапах жизни. Bowlby (1951) прибавлял к основополагающим инстинктам Фрейда (либидо и агрессия) третий — привязанность. Привязанность определялась им как «поведенческий комплекс, служащий целям привязывания к фигуре матери или другим взрослым из окружения ребенка, пользующимся его доверием». Bowlby делал вывод, что материнская любовь во младенческом и детском возрасте так же важна для психического здоровья, как витамин и белки — для физического. Однако многие авторы считают, что ошибочно было бы говорить о долговременном эффекте сравнительно кратких по времени воздействия психотравмирующих факторов (в том числе уровень привязанности между матерью и ребенком) в младенческом возрасте (Herbert et al., 1982, Egeland, Vaughn, 1981; Oydcxoorn, 1993). Имеется точка зрения, что чем меньше ребенок, тем более значимо влияние биологических факторов в генезе нервно-психических заболеваний (сенсомоторный уровень реагирования у детей до 3-х лет).

А.И.Захаров (1982, 1996) внес существенные дополнения

к анализу механизмов внутриличностных конфликтов применительно к детскому возрасту. Он описал неврастенический конфликт как противоречие между требованиями родителей и возможностями детей, истерический — как противоречие между потребностью эмоционального признания и возможностью его удовлетворения со стороны родителей, при неврозе страха отметил слабость возможности защиты себя и выраженного инстинкта самосохранения, при обсессивно-фобическом — противоречие между долгом и чувством, центральным страхом изменения: «быть не собой». Автор считал чувство страха одним из ведущих клинических проявлений детских неврозов и предлагал дифференцировать механизмы его возникновения в зависимости от возраста ребенка. В младшем дошкольном возрасте это страх «быть никем», основанный на выраженной в этом возрасте потребности в эмоциональном признании (страх эмоциональной изоляции, одиночества). В старшем дошкольном возрасте - страх «быть ничем», т.е. не быть, не существовать (страх смерти). В младшем школьном возрасте — страх «быть не тем», т.е. не соответствовать общепринятым нормам, ожиданиям окружающих, чаще сопровождающийся скованностью или излишней двигательной активностью. И наконец, в подростковом возрасте — страх «быть не собой», т.е. быть болезненно измененным, это, например, страх заражения, сумасшествия, изменения физического облика и т.д.

И отечественные, и зарубежные авторы подчеркивают значимость сознательно-психологических факторов, преморбидных особенностей ребенка (врожденных и приобретенных) в формировании невротических расстройств. В частности, из социально-психологических факторов, способствующих развитию неврозов у детей, заслуживают внимание: хроническое дисгармоничное функционирование семьи, неправильное воспитание (тревожно-мнительное, кумир семьи, гиперопека, противоречивое, эмоциональная депривация ребенка), чрезмерные амбиции родителей, бытовое пьянство, симбиотическая связь с одним из родителей, ссоры с братьями и сестрами, одностороннее доминирование матери, школьный конфликт. А у подростков также эмансипационный конфликт, конфликты на основе реакции фуппирования со сверстниками, коренная ломка жизни.

Среди культурно-экономических факторов особо выделяются проблемы, связанные с урбанизацией, ускорением темпа жизни и недостаточностью свободного времени для отдыха, разрядки эмоционального напряжения, неудовлетворительные жилищно-бытовые условия, занятость матери и перемещения ребенка в ясли, этнокультуральные проблемы. Из биологических факторов большинство авторов отмечают значимость хронических стрессов у матери во время беременности, внутриутробной и перинатальной гипоксии плода, родовой травмы, инфекции, интоксикации, неонатальные болезни, перенесенные в раннем детстве. Данные факторы способствуют психическому дизонтогенезу и облегчают формирование неврозов и таких состояний, как нарушение навыков опрятности (энурез, энкопрез), патологических привычных действий (сосание пальцев, трихофитиломия, яктация, мастурбация, элективный мутизм, заикание, психомоторная гиперактивность) (Шевченко Ю.С., 1995).

Из преморбидных особенностей, влияющих на неврозогенез, большинство авторов (Сухарева Г.Е., 1974; Ковалев В.В., 1994; Исаев Д.Н., 1996; Оудсхоорн, 1992; Thomas A., Chess S., 1982) отмечали значимость таких факторов, как особенности личности, характера (его психастеническая, сенситивная, астеноневротическая, истерическая акцентуации), темперамента, интеллекта, физического состояния организма и конституции, системы личностных отношений и самооценки, иерархии ценностей (Личко А.Е., 1990). В.И.Гарбузов (1994) выделял 7 основных инстинктов (самосохранения, продолжения рода, альтруистического исследования, доминирования, свободы, сохранения достоинства), которые влияют на уровень адаптивности, как приспособляемости к меняющимся условиям жизни.

По мнению А.Н.Захарова, детям с невротическими расстройствами свойственны: сенситивность, впечатлительность, эмоциональная лабильность, непосредственность, наивность, выраженность чувства «я», гиперсознательность; импрессивность (внутренний тип переработки эмоции), противоречивость развития из-за несоответствия характера темпераменту; тревожность, мнительность.

Интересен подход Оудсхоорн (1993), который предлагал рассматривать формирование нервно-психических заболеваний (в том числе и невроза) у детей комплексно на 6 уровнях:

1) ситуационные проблемы; 2) проблемы системы семьи; 3) проблемы уровня сознания (эмоции, когнитивные функции и поведение, их дефекты); 4) эмоциональные нарушения с аспектами бессознательного (интрапсихический конфликт), когда наблюдателя поражают противоречия и неадекватные реакции ребенка; 5) нарушения развития и личностные расстройства. Это касается аспектов темперамента, черт характера, аномалии развития личности; 6) соматические (биохимические, нейрофизиологические) факторы, которые являются первичными или следствием психических расстройств, наличие психосоматических связей. Придерживаясь психоаналитических взглядов, он трактовал невроз как расстройство в первую очередь эмоциональной сферы и к невротическим характеристикам относил: повышенную тревожность, стыдливость, чувство вины, насильственное вытеснение аффекта. Последнее можно отнести к механизмам психологической защиты. К ним же в детском возрасте относят регрессию, отрицание (отказ), рационализацию и сублимацию. Защитный механизм проекции не характерен для детей, так как ответственность, как правило, приписывается себе, возникает чувство вины и, как следствие, молчание, замешательство. Сублимацию можно рассматривать у подростков при дисморфофобиях, когда половое влечение отвергается как постыдное в противовес высоким достижениям в учебе. При обсессивном неврозе — излишняя рационализация чувств и желаний. При истерии - вытеснение («амнезия неприятности») и регрессия (возврат к более ранним формам реагирования). При неврастении также присутствуют механизмы рефесии и рационализации. При неврозе страха — механизм изоляции при фиксации аффекта (Klein D., Rabbin J., 1981).

Каплан и Сэдок к защитным механизмам добавляли диссоциацию — отделение идеи от сопровождающего ее эмоционального тона; идентификацию — построение своего образа по образу другого субъекта, в частности, идентификация с агрессором, объединение; интеллектуализацию — когда логика используется как попытка избежать конфронтации с нежелательным импульсом; интроекцию — бессознательное, символическое мысленное представление физического образа ненавидимого или любимого внешнего объекта с целью установления близости с ним; аннулирование — символическое действие, противоположное какому-либо неприемлемому

действию, которое уже сделано или может произойти с данным субъектом. Авторы подчеркивали, что защищающие от тревоги механизмы могут быть адаптивными или дезадаптивными и могут рассматриваться как нарушенные только в тех случаях, когда это проявляется в нарушении поведения и адаптации субъекта.

Ю.А.Александровский (1993, 1997) склонен рассматривать формирование невроза как срыв адаптационных, интеграционных механизмов функциональных подсистем мозга (адаптационного барьера). Нарушение целостности барьера, по его мнению, ослабляет возможности психической активности, следовательно, адекватного, целенаправленного поведения человека. Близок к этой позиции и В.И.Гарбузов (1994), который отмечал 3 формы дезадаптации в детском возрасте: невротическую (неврозы), агрессивно-протестную (нарушения поведения) и капитулятивно-депрессивную (психосоматические заболевания). Он отмечал при невротических расстройствах у детей низкий уровень адаптивности, т.е. низкий уровень приспособления индивида, его социального статуса и самоощущения удовлетворенности собой и своей жизнью.

Еще один подход к пониманию этиопатогенеза и лечения неврозов представляет школа бихевиористских (поведенческих) психотерапевтов, чьи взгляды основаны на учении И.М.Сеченова (1863) о механизме центрального торможения спинномозговых рефлексов и учении И.П.Павлова (1951) о механизмах формирования неврозов. И.П.Павлов экспериментально подтвердил, что возникновение невротических расстройств связано с перенапряжением процесса (расторможенностью всех дифференцировок) раздражения, перенапряжением процесса торможения и перенапряжением подвижности нервных процессов. При неврозах нарушаются взаимодействия между корой и подкоркой, а у человека — между I и II сигнальной системой. И.П.Павлов подчеркивал зависимость особенностей невротических расстройств от типа высшей нервной деятельности. Истерия, по его мнению, чаще развивается у лиц с художественным типом, психастения — у лиц с мыслительным типом, неврастения — у лиц со смешанным типом.

Применительно к детскому возрасту, по мнению Г.К.Ушакова (1987), можно говорить о функциональном преобладании подкорковых механизмов в деятельности головного моз-

га, а следовательно, о легкости растормаживания безусловно-рефлекторных, инстинктивных форм деятельности («буйстве подкорки»). И только в процессе дальнейшего онтогенеза возрастает координирующее и дифференцирующее влияние коры больших полушарий, идет совершенствование подвижности основных нервных процессов, обеспечивающих максимальное приспособление организма к нарастающему числу раздражителей.

Основоположник бихевиористической теории Watson (1920) рассматривал механизмы формирования тревоги и различных видов фобий, базируясь на традиционной павловской модели: стимул-ответ условного рефлекса. Другими словами, тревожность развивается на стимул, вызывающий естественный страх, который проявляется в сочетании со стимулом, являющимся по природе нейтральным. Как результат этой ассоциации, особенно когда два стимула сочетаются в нескольких последовательных проявлениях, вскоре нейтральный стимул приобретает способность вызывать тревогу сам по себе. Нейтральный стимул становится условным стимулом, вызывающим тревогу, и болезненный симптом может длиться годами. Формируется поведение избегания как защита больного от фобической тревожности. Eysenck (1965) в качестве терапии предлагал обучение новым, более адекватным и адаптивным формам поведения. «Субъект может обучиться внутренней реализации тревожности, имитируя тревожные реакции своих родителей (социальная теория обучения)», — писал он. В любом случае, по мнению Каплан и Сэдок, лечение обычно представляет собой десенсибилизацию в какой-либо форме путем предъявления единичного стимула в сочетании с когнитивными психиатрическими подходами. Авторы отмечали, что данная теория касается в большей степени только поверхностных механизмов образования симптомов и не дает целостного понимания сложных психических процессов, лежащих в основе фобий.

Уже к середине дошкольного периода ребенок устанавливает свое место в системе отношений со взрослыми и сверстниками, вырабатывается самооценка, т.е. осознание своих умений и некоторых качеств, происходит открытие для себя своих переживаний, что в совокупности и составляет начальную форму самосознания. Формирование личности ребенка связано на всем его протяжении с соподчинением мотивов

(Леонтьев А.Н., 1983) в различных видах деятельности. Соподчинение мотивов есть выражение столкновений между тенденцией ребенка к непосредственному действию и прямым или косвенным требованием взрослого действовать по заданному образцу. Однако процесс обучения не сводится к копированию установок взрослого. Многие авторы (Давыдов В.В., Кудрявцев В.Т., 1997; Чирков В.И., 1997; Wielliams G.C., 1995) подчеркивают необходимость развивающего, творческого обучения, а в его контексте — продуктивного воображения и творческого мышления. Ориентация учителей, родителей на поддержку автономности учащихся приводит к актуализации у последних внутренней мотивации и проявляется в предпочтении трудных заданий, любознательности, стремлении к мастерству, в повышении уверенности в себе, самоуважении и саморегуляции.

Особенности формирования невротических расстройств у детей в зависимости от антиципационных параметров психики

Учитывая разработанную при анализе формирования невротических расстройств у взрослых антиципационную концепцию неврозогенеза (Менделевич В.Д., 1988-2000), интерес представлял анализ антиципационных особенностей психической деятельности детей и подростков. Известно, что антиципация развивается и усложняется непрерывно в ходе онтогенеза ребенка, проявляясь в различных формах. «В жизни человека нет такого периода, когда бы он был полностью лишен предвосхищающих схем» (Сергиенко Е.А., 1992). На раннем этапе онтогенеза — до 2-месячного возраста — идет активизация врожденных программ поведения, анализа среды, предпочтение экологически значимых параметров окружения. Например, А.Филс (1991) отмечал способность младенцев (36 часов жизни) различать и имитировать выражение лица (счастья, печали, радости), Т.Бауэр, Д.Босутон (1992) обнаружили способность у 20-дневных младенцев к предвосхищению появления предмета на экране (реагировали усилением сердцебиения, если объект долго не появлялся). С возраста 2-х лет, в период становления представлений, ребенок способен вести поиск исчезнувшего объекта (Пиаже Ж., 1994). По мнению автора, антиципирующие образы ребенка содержат в

себе уже знакомую ситуацию или предмет и с различной степенью точности предвосхищают непосредственно невоспринимаемые события или объекты.

Сама система воспитания, обучения ребенка должна быть построена по принципу предвосхищения развития его психики с учетом «зоны ближайшего развития» (Л.С.Выготский, 1997), необходимости формирования у ребенка еще отсутствующих психических возможностей (Давыдов В.В., 1992). С развитием психики ребенка предыдущие уровни антиципации не исчезают, а включаются в качественно новую интеграционную схему. Можно говорить об универсальности антиципационных механизмов, о том, что несостоятельность данных механизмов лежит в основе как невротических, так и двигательных расстройств у детей. О родстве механизмов двигательных и эмоциональных расстройств указывает B.A.Morrongiello, P.T.Rocca (1989). Л.О.Бадалян (1982) рассматривал нарушение моторных навыков у детей как следствие равномерного недоразвития целостной функциональной системы ЦНС или недоразвития связей между нервными центрами. Автор подчеркивал, что без каких либо анатомических нарушений двигательной функции могут развиваться неравномерно: неуклюжие в обиходной жизни дети могут хорошо рисовать, лепить, играть на музыкальных инструментах, и наоборот, дети ловкие в обычной игровой деятельности малоспособны к выполнению тонких движений. Как мы уже писали, представляет интерес замечание Н.А.Бернштейна (1991) о том, что двигательная неловкость «интеллектуальна». Он указывает на трудность проведения четкой грани между двигательной неловкостью и неловкостью в психологическом смысле (умственной ненаходчивостью). И в том и в другом случае очевидна несостоятельность механизмов антиципации, отличие состоит лишь в уровне нарушений: психологическом и психопатологическом при невротических симптомах и психофизиологическом — при двигательных отклонениях.

Нами (Менделевич В.Д., Мухаметзянова Д.А.) было проведено исследование, включавшее в себя анализ факторов, влияющих на формирование у ребенка способностей к вероятностному прогнозированию до возникновения клиники невротического заболевания, а также анализ влияния антиципационных способностей на этиопатогенез детских невротических расстройств.

Детские невротические расстройства в рамках проведенного исследования были представлены невротическими реакциями (44,7%), атакже невротическими состояниями (24,8%), невротическими расстройствами на фоне резидуальной органической патологии, легкой интеллектуальной недостаточности, хронических соматических заболеваний (30,5%), в числе которых были: пороки сердца, тромбоцитопения, бронхиальная астма, инсулинозависимый диабет, гипоплазия суставов, ХНЗЛ. Как показали клинико-психологические исследования, клиническая картина невротических расстройств отличалась полиморфизмом и рудиментарностью, особенно среди детей дошкольного и младшего школьного возраста. Среди детей этих групп преобладали невротические реакции без стойкой внутренней психологической переработки. В клинике преобладали фобические, тревожные расстройства, расстройства, связанные с внезапной разлукой с близкими, заикание, элективный мутизм, а также конверсионная симптоматика в виде астазии-абазии, затруднения глотания, функциональных парезов, амавроза. Возрастание частоты невротических расстройств наблюдалось в возрасте 7-11 лет (54,3%), так как в этот период отмечается неспецифическое повышение ранимости нервно-психической сферы ребенка.

В подавляющем большинстве случаев симптомы невротического расстройства возникали после острой стрессовой ситуации — внезапной смерти, болезни, отъезда близкого родственника или внезапного одиночества, конфликта с родителями, учителями или сверстниками, острой физической боли, падения, укуса собаки, перелома конечности и т.д. Фобические, тревожные расстройства наблюдались в виде страхов, включавших предметные, связанные с психотравмирующей ситуацией, страхи темноты, домашних животных, сказочных героев, пожара, посещения школы или детского сада, а также страх одиночества (такие пациенты не отпускали родителей: из дома, ложились спать только в присутствии взрослых). Страхи сопровождались чувством психоэмоционального напряжения, различными видами сенестопатий, вегетативной симптоматикой, двигательной расторможенностью, в ночное и вечернее время — сноговорениями.

Среди детей среднего школьного возраста в основном наблюдалась клиника затяжных невротических состояний (62,5%). Среди наиболее типичных психотравмирующих си-

туаций можно было выделить семейные конфликты, алкоголизм или излишнюю требовательность родителей, ситуации эмоциональной депривации ребенка, длительную конфронтацию со сверстниками, собственную болезнь, физический дефект, школьные проблемы. В клинической картине преобладали неврастения, феноменологически выражавшаяся в непереносимости резких звуков, яркого света, плаксивости, вспышках раздражения в ответ на любое замечание родителей, педагогов, быстрой утомляемости, физической слабости, сонливости на последних уроках, нарушениях сна (трудности засыпания, кошмарные сновидения). Депрессивные невротические расстройства проявлялись в виде подавленного настроения, потери аппетита, ранних пробуждений, ипохондрии, идей малоценности, особенно при наличии у ребенка тяжелого физического (сахарный диабет, бронхиальная астма) или ортопедического (гипоплазия суставов) заболевания. Часто депрессивные расстройства сопровождались тревогой, снижением успеваемости в школе, снижением общей физической активности или наоборот — аффективной возбудимостью, делинквентным поведением: побегами, кражами, курением, алкоголизацией, реакциями протеста.

Часто у детей данной группы выявлялись и обсессивно-фобические расстройства, клинически проявляющиеся в виде различных навязчивых действий (миганий, покашливаний, наморщивании лба, подергиваний плечами), реже встречались навязчивые страхи заражения, болезни, смерти родственников и своей собственной, страх подавиться. Навязчивый страх речи встречался у 30,7% детей. У младших и средних школьников встречались двигательные нарушения в виде обводов и подчеркиваний букв при письме. Довольно часто наблюдались соматовегетативные расстройства и конверсионные (диссоциативные) нарушения. В частности психогенно обусловленные: например, при необходимости идти на контрольную, на урок к нелюбимому учителю и угрозе наказания за плохую отметку — появление болей в животе, в сердце, головные боли, рвота, задержка или учащенное мочеиспускание, длительный субфебрилитет. Симптоматика имела ремитирующее течение, исчезала при разрешении конфликтной ситуации.

В группе детей с резидуальной органической патологией, парциальными задержками психического развития, интеллектуальной недостаточностью наблюдались гиперкинетиче-

ские расстройства с неустойчивым вниманием, тики, энурез, заикание, энкопрез, учащавшиеся при психотравмирующих обстоятельствах. Симптоматика сопровождалась астеническими проявлениями.

В целом же психопатологическая симптоматика при невротических расстройствах у детей и подростков может включать нижеследующие клинические феномены:

1. Нарушение способности к невербальным действиям (прямой взгляд в глаза, реакции посредством мимики, позы, жестов).
2. Невозможность установить соответствующие уровню развития больного отношения со сверстниками.
3. Невозможность разделять удовольствие, интерес или успех с другими людьми.
4. Отсутствие эмоциональной или социальной взаимности.
5. Задержка развития или полное отсутствие речи (не сопровождаются попыткой компенсировать этот недостаток путем альтернативных способов общения— жестами или мимикой).
6. Выраженное нарушение способности начинать или поддерживать разговор с другими людьми.
7. Всепоглощающая озабоченность одной или несколькими моделями интересов, которые не соответствуют норме ни по интенсивности, ни по направленности.
8. Не поддающееся изменению строгое соблюдение специфических, не функциональных рутинных действий или ритуалов.
9. Устойчивая озабоченность деталями каких-либо предметов.
10. Нарушение координации походки или движений туловища.
11. Стереотипные, повторяющиеся ужимки.
12. Несоразмерность произвольных движений.
13. Бедность мимики.
14. Ребенок показывает языковые навыки в одних ситуациях и не в состоянии говорить в других ситуациях (элективный мутизм).
15. Фонографизм.
16. Эхолалия.
17. Склонность к составлению новых слов (неологизмов).

18. Склонность к рифмованию.

19. Недостаточность коммуникативной функции речи.

20. Сочетание примитивных форм (лепет, эхолалия) со сложными выражениями и оборотами.

21. Боязнь новизны.

22. Стремление к одиночеству.

23. Отсутствие комплекса оживления.

24. Задержка формирования элементарных навыков самообслуживания.

25. Выраженное ограничение словарного запаса, ошибки при использовании глаголов, трудности при вспоминании слов или произнесении длинных и сложных предложений, не соответствующие уровню развития больного.

26. Нарушение понимания обычных слов, предложений, специальных понятий, таких, как термины, относящиеся к пространству.

27. Невозможность употреблять звуки речи, соответствующие возрасту больного и его диалекту (такие ошибки в произнесении или организации звуков, которые приводят к замене одного звука другим или к пропуску звуков).

28. Сюсюканье.

29. Недостаточность развития навыков чтения.

30. Недостаточность развития навыков спеллингования (неумение правильно произнести слово по буквам и написать его).

31. Неумение производить основные арифметические действия сложения, вычитания, умножения, деления.

32. Расстройство приобретения учебных навыков.

33. Недостаточность развития экспрессивного письма.

34. Способность к успешным, требующим двигательной координации действиям в повседневной жизни значительно ниже ожидаемого уровня.

35. Диспраксия.

36. Отсутствие упорства в деятельности, требующей умственной сосредоточенности.

37. Склонность к перескакиванию с одних дел на другие без доведения их до конца.

38. Неспособность слушать собеседника.

39. Невозможность следовать указаниям, выполнять школьные задания, домашнюю работу или свои обязанности на рабочем месте.

40. Частые трудности в организации задания и своей деятельности.

41. Частые потери предметов, необходимых для выполнения заданий или иной деятельности.

42. Частая отвлекаемость под влиянием внешних стимулов.

43. Частая забывчивость в повседневных делах.

44. Частые беспокойные движения рук или ног.

45. Частые суетливые действия, не соответствующие ситуации.

46. Часто проявляющаяся невозможность играть или проводить свой досуг спокойно.

47. Частое пребывание в движении или в «заведенном состоянии».

48. Стремление часто и много говорить.

49. Частое проявление готовности ответить на вопрос, не дослушав его до конца.

50. Часто возникающее нетерпение при ожидании своей очереди.

51. Частое стремление перебивать или вторгаться в ситуации.

52. Неорганизованная, нерегулируемая и чрезмерная активность.

53. Проявление агрессии в отношении людей и животных.

54. Причинение имущественного ущерба (умышленное).

55. Лживость.

56. Воровство.

57. Возникающие до наступления 13-летнего возраста частые случаи ухода из дома по ночам, несмотря на запреты родителей.

58. Частое манкирование школой, начинающееся в возрасте до 13 лет.

59. Нарушение поведения в виде вызова, непослушания, разрывающее отношения.

60. Чрезмерное страдание, потеря интереса и удовлетворения от обычной деятельности, самопорицание и безнадежность.

61. Одержимость или навязчивость.

62. Тревожность.

63. Рецидивирующий, чрезмерный дистресс при ожидаемой или реальной разлуке с домом или основными субъектами привязанности.

64. Устойчивое нежелание или отказ идти в школу или в другие места из-за страха разлуки.

65. Устойчивый и чрезмерный страх или нежелание оставаться в одиночестве в отсутствие дома основных субъектов привязанности или в других аналогичных ситуациях.

66. Устойчивое нежелание или отказ идти спать в отсутствии дома основных субъектов привязанности или нежелание спать вне дома.

67. Повторяющиеся кошмарные сновидения, которые включают тему разлуки.

68. Повторяющиеся жалобы на соматические симптомы при ожидаемой или реальной разлуке с домом или основными субъектами привязанности.

69. Боязнь незнакомых лиц и социальная тревога и беспокойство при неожиданных новостях, странных или социально угрожающих ситуациях.

70. Устойчивое отклонение модели детских социальных взаимоотношений, связанное с эмоциональным нарушением, и реактивности по отношению к изменениям окружающей обстановки (боязнь, сверхбдительность, бедность социальных взаимосвязей со сверстниками, агрессивность по отношению к себе и другим).

71. Диффузное, неизбирательно сфокусированное привязчивое поведение, требующее к себе внимания.

72. Неразборчиво дружественное поведение.

73. Плохо модулированные взаимодействия со сверстниками.

74. Деперсонализация или дереализация.

75. Длительное игровое перевоплощение.

76. Стереотипность игр, носящих сверхценный характер.

77. Яркое образное фантазирование.

78. Страхи, специфично характеризующие определенную стадию развития, но чрезмерные по степени выраженности.

79. Навязчивые страхи (фобии).

80. Страхи сверхценного содержания.

81. Бессодержательные страхи.

82. Ночные страхи.

83. Повышенная застенчивость.

84. Неустойчивость настроения.

85. Энурез неорганический.

86. Энкопрез неорганический.

87. Тики.

88. Заикание.
89. Речь взахлеб.
90. Аффект-респираторные припадки.
91. Сосание пальцев.
92. Мастурбация (онанизм).
93. Наличие черт сорванца у девочки.
94. Наличие девичьих черт у мальчика.
95. Ориентированность на некоторые неживые объекты как стимуляторы полового возбуждения и удовлетворения.
96. Повторная и устойчивая тенденция показывать свои половые органы посторонним лицам (обычно противоположного пола).
97. Подглядывание.
98. Яктация.
99. Онихофагия.
]00. Выдергивание волос.
101. Отказ от еды.
102. Особая избирательность пищи.
103. Замедленное пережевывание пиши.
104. Поедание несъедобного.
105. Повторное отрыгивание пищи без тошноты и наличия какого-либо желудочно-кишечного заболевания.
106. Частые срыгивания неорганического генеза.
107. Рвота неорганического генеза.
108. Неустойчивость стула (запоры, поносы).
109. Снижение аппетита.
11О. Повышенный аппетит.
111. Субфебрилитет, не связанный с соматическим заболеванием.
112. Вазомоторные расстройства (бледность и мраморность кожи, цианоз носогубного треугольника, неустойчивость пульса, дыхательная аритмия, беспокойство зрачков и др.).
113. Затрудненное засыпание.
114. Недостаточная глубина сна.
115. Сокращенная продолжительность сна.
116. Извращение формулы сна.
117. Общая гиперестезия (усиление двигательного беспокойства, аффективного возбуждения, плаксивости, резкая реакция на «чувство дискомфорта»).
118. Болезненно повышенный инстинкт самосохранения (боязнь и плохая переносимость всего нового — отказы от

еды, падение веса, усиление капризности и плаксивости при любой перемене обстановки).

В работе, исходя из направленности на изучение антиципационных параметров психики, нами проводился анализ психотравмирующих ситуаций, которые привели к развитию невротической симптоматики. В первую очередь, анализ остроты возникновения психотравм. Данные анализа этого параметра представлены в таблице 10.

Таблица 10

Тип **психотравмы при различных клинических формах невротических расстройств у детей**

Клиническая форма	Длительность психотравмы		
	Острая	Подострая	Хроническая
Всего	49	38	54
Тревожное расстройство	8	6	7
Неврастения	4	8	**11**
Депрессивное расстройство	1	**1**	**5**
Конверсионное расстройство	3	1	—
Соматоформное расстройство	1	**2**	**4**
Гиперкинетическое расстройство	_	2	**4**
Тики	12	4	**9**
Заикание	13	7	**—**
Энурез, энкопрез	3	**6**	**11**
Обсессивно-фобическое расстройство	4	**1**	**3**

Как видно из проведенного анализа, острые психотравмы в большем количестве предшествовали клинике конверсионных, обсессивно-фобических расстройств, а также клинике заикания. Подострые и хронические психотравмирующие ситуации преобладали в группах детей с неврастенией, депрессивными, соматоформными, гиперкинетическими расстройствами, невротическим энурезом, энкопрезом. В группах детей с тревожными расстройствами, функциональными тиками количество острых и хронических психотравм было почти равным. Острой психотравмой принято считать жизненно важное событие, возникающее неожиданно и действующее от нескольких часов до нескольких суток (например смерть близких людей или домашнего животного, угроза собствен-

ной жизни и безопасности, жестокое наказание со стороны родителей). К подострым, длительность которых составляет несколько недель, и хроническим, длительностью более месяца, психотравмам в детском возрасте можно отнести неблагоприятные микросоциальные и бытовые условия, несложившиеся отношения в коллективе, эмоциональную депривацию ребенка. В то же время можно отметить условность разграничения острых, подострых и хронических ситуаций в детском возрасте, сложность разграничения их этиологической роли, так как чаще всего речь идет о комплексном влиянии, о сочетании 2-х и более психотравмирующих факторов. Например, в данном исследовании выявлено сочетание острой и хронической психотравмы у 52,4% детей.

Известно, что у детей младшего и среднего школьного возраста по мере созревания личности формируется способность к формированию механизмов психологической защиты (Ковалев В.В., 1995). Однако у детей с невротической симптоматикой он, очевидно, недостаточен для преодоления психотравмирующих переживаний. Можно отметить этапность формирования психологических переживаний и клиники невроза, манифестирующихся, как правило, в первые же часы и дни после психотравмы. Фоном для развития невротической симптоматики практически во всех случаях являлось состояние психоэмоционального напряжения с целым комплексом реакций: обиды, разочарования, тревоги, неуверенности, которые в последующем сменялись чувством вины за собственное плохое поведение, «плохие мысли» - например, желание смерти, болезни младшей сестры или учителя, пессимизмом, неверием в свои силы, отказом от притязаний у детей с депрессивными, тревожными, астеническими расстройствами, или ребенок неосознанно «находил выход» в соматоформной, конверсионной симптоматике, в поведенческих расстройствах, например двигательной расторможенности, которые помогают справляться с внутренним эмоциональным напряжением. На следующем этапе формировалось состояние относительного психологического комфорта.

Таким образом, с точки зрения антиципационных параметров представляет интерес оценка периметра ожидаемости (экспектации) событий, в дальнейшем ставших психотравмирующими. Фоном для развития невротических расстройств практически во всех случаях являлось состояние психоэмо-

ционального напряжения, а полученные клинические данные указывают на преобладание не хронических, а череды острых психотравм, сменяющихся периодами психологического комфорта. Оказалось, что для большинства больных детей (69,2%) события, вызвавшие невроз, оказались неожиданными, еще 21% предполагали, что такое может произойти, но не придавали этому должного значения — «гнали от себя эти мысли» или «старались застраховаться с помощью примет, талисманов», после чего считали, что «теперь ничего плохого не случится», и только 9,2% отметили, что реально взвешивали свои возможности и думали, что данное психотравмирующее событие «обязательно произойдет». Нужно отметить, что способность к осмыслению ситуации, ее прогнозу, самокритика наблюдались только среди детей среднего школьного возраста. В основном ожидали «плохого» события дети с клиникой обсессивно-фобического расстройства, функциональным энурезом, энкопрезом, тревожными расстройствами.

В работе был проведен анализ преморбидных факторов, влиявших на формирование психологических параметров экспектации и прогнозирования у детей. Отмечено, что достоверно чаще по сравнению с контрольной группой наблюдались невротические расстройства у родителей в виде неврастении, фобических расстройств, диссоциативных, тревожных расстройств, а также личностные расстройства: истерические, тревожные, обсессивно-фобические, зависимые. Нарушения общения, дружеских контактов отмечали 47,3% родителей, концентрацию интересов внутри семьи — 21,7%. Из наиболее значимых преморбидных факторов можно отметить: доминирующую роль матери в воспитании, которая отмечалось в 69,3%, злоупотребление алкоголем отцов — 37,1 %, патология беременности и родов — 31,2%, ранняя неврологическая патология — 29,3%, неполная семья — 24,4%, напряженные внутрисемейные отношения — 76,2%, отсутствие свободного времени у родителей — 58%. 21,3% родителей отмечали противоречивость воспитания (например, то игнорирование школьных проблем ребенка, то жестокое наказание за неуспеваемость), нарушение адаптации ребенка в коллективе сверстников — 72,2%, неумение вести себя в различных конфликтных ситуациях, негибкость в контактах, ригидность психики, малообщительность (46,5%), неадекватную самооценку (72,1%), настороженность в отношении всего нового

(64,3%), тревожность (79,2%), гиперсоциальность (52,1%), обидчивость (39,6%), агрессивность (11,7%), неусидчивость (14,1%), соматическую отягощенность (12,3%), задержку психического развития (19,3%), интеллектуальную недостаточность (2,3%), застенчивость (23,6%), неумение постоять за свои интересы (54,7%). Склонность избегать конфликтные ситуации, а не учиться на собственных ошибках наблюдалась у детей с тревожными, астеническими расстройствами. Инфантильная модель поведения (39,1%), капризы с целью добиться своего — у детей с конверсионными расстройствами. Снижение работоспособности, активности, целеустремленности отмечалось у 36% обследованных, т.е. у детей быстро пропадало желание делать «неинтересное дело». Снижение точности восприятия времени наблюдалось у 21,3% обследуемых (например, приходили в школу за 1—1,5 ч до уроков). Когнитивные нарушения наблюдались в той или иной мере практически при всех невротических расстройствах. Наиболее часто наблюдались затруднения в выборе решения и перехода к действию при обсессивно-фобических, тревожных расстройствах, трудности в вербализации, в совмещении различных предположений на абстрактном уровне при конверсионных (диссоциативных) расстройствах, трудности концентрации внимания при астенических расстройствах.

Учились ниже своих способностей 16,3%, учились на «отлично» ценой ограничения всех других сфер деятельности 5,9%. Отмечалось интеллектуальное развитие выше средневозрастного уровня у 27,6%. В целом выявлены следующие показатели интеллектуального развития, которые представлены в таблице 11.

Таблица 11

Оценка уровня интеллектуального развития детей с невротическими расстройствами

Уровень интеллектуального развития	Количество детей (%)
Выше среднего	27,6
Средний	44,3
Задержка психического развития	22,8
Интеллектуальная недостаточность	5,3

Подавляющее большинство детей предпочитали проводить свободное время у телевизора, с книгой, предпочитали спокойные игры, коллекционирование, не стремились выйти на улицу.

У 67,4% детей родители отмечали затруднения моторных двигательных навыков, в первую очередь «ручную неумелость» — трудности в обучении рисованию, лепке, письму, причем в 42% случаев данные жалобы были ведущими, так как мешали адаптации ребенка в детском коллективе, успеваемости в школе. У мальчиков преобладали: общая двигательная расторможенность, тики, заикание, трудности в формировании навыков самообслуживания, письма, рисования. У девочек — общая скованность, речевая расторможенность или элективный мутизм, нарушение крупных движений, неумение играть в подвижные игры, неровная походка, сутулость, что позволяет сделать вывод об общности механизма развития как невротических, так и двигательных расстройств, а именно механизма нарушения антиципационной деятельности; видимо, отличие состоит лишь в уровне нарушения: психологическом и психопатологическом при невротических расстройствах и психо-физиологическом при двигательных отклонениях.

В семьях больных детей с астеническими невротическими проявлениями в рамках воспитания по типу доминирующей гиперопеки родители всячески старались уберечь ребенка от истинной информации о возможных проблемах, заболеваниях, трагических событиях. Невротические симптомы появлялись тогда, когда сформированная родителями идеальная схема рушилась и ребенок сталкивался с угрожающей реальностью. Формировались такие черты характера, как: тревожность, пугливость, склонность к обращению к родителям и старшим за помощью. Подобная закономерность была выявлена и при преобладании в клинической картине диссоциативных (конверсионных) расстройств, при ведущем типе воспитания — «кумир семьи». У детей при завышенных самооценке и уровне притязаний отсутствовала реальная самостоятельность, подготовленность к жизненным трудностям. При тревожно-мнительном воспитании чрезмерно много внимания уделялось здоровью, благополучию ребенка и других членов семьи с тревожными опасениями, ожиданием несчастья без подсказки ребенку реальных выходов из них, что вело к формированию у ребенка тревожных, ипохондрических, соматоформных расстройств.

Немаловажным фактором являлось и то, что в большинстве семей обследуемых (68,2%) творческая активность, само-

стоятельность, уверенность ребенка в себе не поощрялась, а в отдельных случаях и жестоко наказывалась. Культивировались такие качества характера, как послушание, вежливость, уступчивость. У ребенка формировалась зависимость, инфантильный стиль поведения, которыми матери в какой то мере гордились, воспринимали это как проявление «любви», желания быть рядом. На соматические симптомы родители реагировали повышением заботливости, что способствовало рецидивам невротических расстройств.

Такие формы невротических расстройств, как функциональные тики, заикание и патологические привычные действия, как правило, появлялись вслед за неожиданными событиями на фоне испуга. При этом детьми прогнозировался желанный ход событий и исключался тот, который явился неожиданным (шутка или резкие действия клоуна в цирке, выходящий за рамки сценария поступок родственников на дне рождения, «немотивированная» агрессия со стороны собаки после ласкового обращения с ней, случайная тройка при отличной успеваемости). У детей с невротическими расстройствами, сочетавшимися с резидуальной органической патологией с преобладанием гиперкинетических расстройств, неусидчивости, отмечались недостаточность критики, неумение вырабатывать «выгодный» стиль поведения, импульсивность и раздражительность, неумение предвидеть конфликтную ситуацию. Данная категория больных также прогнозировала только желанный результат события, даже при повторных конфликтных ситуациях. Дети с депрессивными невротическими расстройствами с нарушениями общения, часть детей — с диссоциативными расстройствами, были изначально склонны (видимо, компенсаторно) к прогнозированию только желанного исхода, причем прогноз скорее носил «фантастический» характер, но воспринимался детьми как реальность — «придет белый колдун и вылечит меня», «скоро заберут родственники в другой город» и т.д.

Таким образом, клинические исследования позволяют констатировать, что у детей, страдающих неврозами, антиципационная деятельность имеет специфические особенности в виде преобладания моновариантного типа вероятностного прогнозирования. При этом в большинстве случаев отмечается нацеленность детей на традиционное, строго заданное осмысление событий, неизменность очередности действий ок-

ружающих, исключение из прогноза ситуаций, выходящих за рамки данной схемы, упор на прогнозирование желанного и исключение нежеланного. Становление описанных психологических свойств психической деятельности детей происходит в преморбиде заболевания, в процессе специфических форм воспитания, исключающих формирование «здравомыслия» и качеств психологической зрелости у ребенка.

С целью более точной оценки «ручных навыков» в группе детей 6-7 лет проводились тесты «готовности руки к письму» П.Венгера и тест зрительно-моторной координации Керна-Иерасека, традиционно используемые психологами для отбора детей в первый класс.

По результатам обследования детей с невротическими расстройствами и здоровых детей, не имевших невротических нарушений в анамнезе, выявлено преобладание средних и низких показателей готовности руки к письму. Неровный, слабый рисунок у детей с астеническими, тревожными расстройствами, излишне сильный нажим, увеличение букв при копировании у детей с гиперкинетическим расстройством, многократные обводы и подчеркивание букв у детей с обсессивно-фобическими расстройствами, уменьшение элементов рисунка, букв при копировании у детей с депрессивными расстройствами. В то время как в группе здоровых детей преобладали высокие и средние показатели готовности руки к письму, более точное копирование элементов рисунка, письменных букв (более подробно см. в главе 2).

С целью наиболее точной оценки антиципационных параметров психики на сенсомоторном и абстрактно-логическом уровнях применялись экспериментально-психологические методы, в частности тест определения точности реакции на движущийся объект (РДО). После предварительной беседы, разъяснений ребенку условий эксперимента и предварительного тренинга, во время которых ребенок видел результат собственных действий и прогнозов, тест РДО проводился в классическом и модифицированном (усложненном) вариантах. Такое же исследование проводилось в группе здоровых детей. По данным психофизиологического обследования 141 ребенка с невротическими расстройствами были получены следующие результаты: оказалось, что процент попадания в разработанный экспериментаторами доверительный интервал ±5 мсек (остановка движущейся точки в необходимом

месте круга) в среднем в первом варианте эксперимента составил (8), во втором (модифицированном) (4,4), соответственно у здоровых детей (12) и (8), при этом среднее отклонение от нуля (разброс данных) в первом эксперименте составил 172,7 мсек, во втором 236,4 мсек, соответственно у здоровых детей 58,7 мсек и 124,7 мсек.

Таким образом, выявлено существенное снижение точности реакции на движущийся объект у детей с невротическими расстройствами, особенно в модифицированном варианте РДО, изучающем непосредственно способность к прогнозированию, выявлено снижение обучаемости точности движений, так как здоровые дети в условиях тренинга, подготовки к эксперименту допустили не меньшее количество ошибок, но существенно улучшили результат на следующем этапе. При проведении обоих вариантов характерным было преобладание упреждающих попаданий, соответственно (53,2%) и (73,6%), над запаздывающими у детей с невротическими расстройствами в сравнении с контрольной группой. Таким образом, можно говорить об упреждающей тактике прогнозирования при невротических расстройствах.

В качестве адекватного патопсихологического эксперимента применялся детский вариант модифицированного теста фрустрационной толерантности Розенцвейга. Взрослый вариант показал свою диагностическую эффективность в оценке антиципационных особенностей психической деятельности в предыдущих исследованиях. Без учета типа и направленности психического реагирования на фрустрационные ситуации теста оценивались длительность подготовки и представления каждого ответа в условиях лимита времени (1 мин) и количество ответов на каждый рисунок, выявлялось среднее количество ответов. Как показали результаты патопсихологического исследования 141 ребенка, страдавшего невротическим расстройством, нормовариантный тип вероятностного прогнозирования (т.е. выбор 2-3 ответов на каждую из фрустрирующих рисуночных задач), считающийся адекватным и отражающим эффективное функционирование антиципации, был отмечен лишь у 17% обследованных, что достоверно отличалось от результатов контрольной группы. Моновариантный и поливариантный типы вероятностного прогнозирования среди детей с невротическими расстройствами в сумме составили 83%, причем преобладающим оказал-

ся моновариантный тип прогнозирования — 75,2%. Поливариантный тип реагирования наблюдался в основном у детей младшей и средней возрастной группы с гиперкинетическим синдромом, рудиментарной неврологической симптоматикой. При выборе тактики моновариантного реагирования пациенты, как правило, давали ответ через короткий промежуток времени после предъявления очередной рисуночной ситуации (исключение составлял лишь первый рисунок, над которым ребенок думал достаточно долго) и в дальнейшем не были способны предъявить какой-либо иной версии ответа. Часть детей (младшая возрастная группа) проявляли нетерпение, стремились отложить рисунок и взять следующий, не дожидаясь установленного лимита времени. Их попытки поиска иных ответов при настойчивых просьбах экспериментатора постоянно возвращали их к тому, который был ими уже предложен. При поливариантном типе вероятностного прогнозирования были отмечены другие сущностные и временные закономерности. Обычно испытуемые в течение первых 15—20 секунд выдвигали 2—3 версии решения фрустрирующей задачи, затем следовал 20-секундный период размышлений и предоставлялось еще 3—4 возможных ответа на ситуацию. В то же время как в психологических исследованиях контрольной группы детей было отмечено преобладание нормовариантного типа вероятностного прогнозирования, что отражалось в эксперименте выдвижением через равные промежутки времени 2—3 ответов на каждую фрустрирующую ситуацию.

В целом полученные экспериментально-психологические и психофизиологические данные позволяют отметить некоторые особенности антиципационной деятельности детей, страдающих неврозами, отличающиеся от результатов психически здоровых. Анализ сущностных психологических особенностей может указывать на тот факт, что вероятностное прогнозирование у детей с невротическими расстройствами имеет, с одной стороны, тенденцию к моновариантности прогнозирования в условиях неопределенной ситуации; с другой стороны, к тактике упреждения в ситуациях заданного прогноза, сопровождающегося повышением уровня психоэмоционального напряжения и тревоги. Анализ полученных результатов позволяет выдвинуть две версии возникновения выявленных психофизиологических коррелятов антиципационных феноменов. Первая базируется на известном факте влияния психоэмоци-

онального напряжения на характер прогнозирования (В.С.Ротенберг, В.В.Аршавский, 1984; Д.А.Ширяев, 1988). Учитывая то, что в клинической картине невротических расстройств у обследованных симптомы тревожного ряда занимали особое место, можно предполагать, что зарегистрированная в психофизиологическом эксперименте упреждающая тактика прогнозирования являлась вторичной. Вторая версия основывается на предположении о преморбидном несовершенстве функционирования антиципации у детей, страдающих неврозами, что, впрочем, требует более полного клинического и экспериментального подтверждения.

Невротические расстройства в период климакса

Вопросы геронтологии и гериатрии с каждым годом привлекают все большее внимание специалистов разных отраслей знаний. Вызвано это характерными для нашей эпохи демографическими процессами, увеличением численности той части населения, которая подвержена риску заболевания (в том числе психического) в пожилом возрасте (Штернберг Э.Я., 1979).

В общем комплексе изучения старости немаловажное значение придается психиатрическому аспекту геронтологии и гериатрии. Закономерными особенностями психических проявлений в пожилом возрасте считаются возрастание числа симптомов психических нарушений с возрастом и уменьшение размаха самих психических расстройств (Шахматов Н.Ф., 1981). Учитывая, что сам возраст может накладывать на психопатологическую картину определенный отпечаток, отметим, что нередко различные по своей природе заболевания во второй половине жизни имеют ряд общих клинических черт.

Известный отечественный психиатр С.Г.Жислин (1956) писал, что «вряд ли имеется другая отрасль клинической медицины, в которой возрастные закономерности имели бы такое значение, как в психиатрии». Эти закономерности выражаются в общих чертах и симптомах, не зависящих от нозологической принадлежности заболевания.

Современные исследования в области геронтопсихиатрии показывают, что происходит перемещение центра тяжести психических нарушений с грубоорганических и психотических форм на невротические, неврозоподобные состояния, часто представленные в стертой, субклинической форме

(Штернберг Э.Я., 1979; Тибилова А.У., 1981 и др.).

В свете современных представлений климактерический период в жизни женщины связан с возрастной перестройкой гипоталамической области, приводящей к нарушению цикличности менструаций и прекращению репродуктивной способности (Баранов В.Г., 1957, 1961, 1965; Зильберман С.С., 1961; Кватер Е.И., 1961; Мандельштам А.Э., 1961; Гращенков Н.И., 1964; Коган А.А., Гершкарон СИ., Захарова В.А., 1965; Вихляева Е.М., 1966; Вихляева Е.М., Змановский Ю.Ф., 1967; Макарченко А.Ф., Свечникова Н.В., Саенко-Любарская В.Ф. и др., 1967; Курышева К.А., 1968; Нетреба Т.Н., Кременцов Ю.Г., 1971; Алешин Б.В., 1973; Стаускене А.Г., 1973; Денисенко Т.Н., 1973; Давыдов С.Н., 1974; Соскин Л.С., 1976; Жаркий А.Ф., 1977; Крымская М.Л., СметникВ.П., 1978; Бескровная Н.И., Алинов В.И., Стома Т.Н., 1981; Wolny H., Kowalski M., Sliwa P., 1978).

По мнению В.М.Дильмана (1982), климакс является одновременно и нормой, и болезнью: нормой потому, что климакс в женском организме — явление закономерное, а болезнью потому, что это стойкое нарушение регуляции, приводящее в конечном итоге к снижению жизнеспособности организма. В основе возрастного выключения репродуктивной функции лежит не что иное, как повышение гипоталамического порога чувствительности к регулирующему влиянию половых гормонов. Тот же самый процесс компенсации, который является неотъемлемой частью механизма развития, со временем вызывает патологические изменения или болезнь. На основании механизма возникновения такие болезни, связанные с процессом развития, логично назвать болезнями компенсации. Действуя в одной упряжке единства, противоположности не теряют своей сути: увеличение длительности детородного периода одновременно создает условия, ведущие к более раннему прекращению жизни за счет болезней старения. Связь климакса с климактерическими кровотечениями и с нарастанием частоты опухолей в репродуктивной системе вполне рельефно отражает двуликий образ климакса.

Два лика климакса — и нормы, и болезни - характеризуют отсутствие грани между возрастом и болезнью, между нормой и патологией, обнажая еще раз сущность единства противоположностей, скрытых в каждом явлении природы (Дильман В.М., 1982).

Таким образом, критериями физиологичности (нормальности) протекания климакса следует признать адаптационные процессы как на уровне сомы, так и психики. Понятие патологического климактерия в свою очередь включает в себя различные патологические проявления инволюционного процесса, нарушающие как соматическое, так и психическое здоровье.

Для оценки причин и особенностей течения и тяжести климакса наряду с биологическими и психическими факторами изучаются и социально-культуральные параметры. Как показывают исследования, проведенные в разных странах мира на разных континентах, существуют значительное сходство и одновременно разительные отличия клиники, возраста наступления, длительности и некоторых иных феноменов климакса. В докладе научной группы Всемирной организации здравоохранения «Менопауза» (1984), в котором обобщены данные многочисленных и многолетних исследований проблемы климакса, выявились небезынтересные закономерности.

Средний возраст наступления менопаузы в развитых странах (Австралии, Англии, Финляндии, Германии, Израиле, Нидерландах, Новой Зеландии, Шотландии, Южно-Африканской Республике, Швеции, Швейцарии и США) равен приблизительно 50 годам для женщин европейского происхождения. Что касается других расовых групп, то исследования проводились только среди племен банту в Южно-Африканской Республике, пенджабцев в Индии и бунди в Папуа — Новой Гвинее. Из-за скупости данных и методологических различий строгая оценка возможных этнических особенностей нереальна, но имеющиеся сведения (Manon M., 1966; Treloar A., 1974) все же позволяют говорить о несколько более молодом возрасте наступления менопаузы у этих групп.

По данным отечественных исследований, средний возраст наступления климакса у женщин соответствует 45-47 годам и зависит от наличия или отсутствия в преморбиде профессиональных вредностей, перенесенных заболеваний, условий жизни и т.д. (Шустова В.И., 1962, Чакветадзе П.В., 1967; Мелкумян-Нерсисян Ш.М., 1970; Шахновская В.Ф., 1971; Серова А.Н., 1973; Гончарова В.Г., 1974; Матвеева П.Ф., 1974; Змановский Ю.Ф., 1975; Верулашвили И.В., 1977; Сотникова Л.Г., Серова А.Н., 1977). В работах отечественных ученых имеются указания на тот факт, что продолжительность нор-

мального и патологического климактерического периода в значительной мере вариабельна. Одни авторы (Калиниченко Т.Я., 1948; Вихляева Е.М., 1966, 1980) полагают, что климакс продолжается от 1 до 2 лет и лишь при осложнении другими заболеваниями затягивается, другие (Ильина В.Н., 1982) описывают возможность длительного течения (иногда до 10—12 лет) климактерического периода.

Неоднократно отмечалось, что возраст наступления менопаузы за последние 100 лет увеличился, но, по-видимому, нет надежных доказательств однозначных вековых изменений, которые свидетельствовали бы об увеличении этого возраста среди европейских групп населения (Gray R.H., 1976). Однако имеются признаки определенных колебаний показателей во времени (Bengtsson C. et al., 1979). Некоторые исследователи (McKinlay S.M. et al., 1972; Brand P., Lehert P., 1978) отмечали, что у незамужних и/или работающих женщин медиана наступления менопаузы приходится на несколько более ранний возраст, причем это нельзя отнести на счет, например, фактора деторождения или возраста первой беременности.

Мнения относительно наличия связи между деторождением и возрастом наступления менопаузы весьма противоречивы (Judd H., Yen S.S., 1973; McKinlay S.M. et al., 1972; Flint M., 1976). По данным одних исследователей, частое деторождение задерживает наступление менопаузы у женщин — представительниц обеспеченных классов в отличие от женщин, занимающих низкое социально-экономическое положение (McKinlay S.M. et al., 1972; Soberon J. et al., 1966). В других исследованиях такая связь обнаружена не была (McMahon Bet al., 1966; Frommer D.J., 1964).

Предполагалось, что подавление овуляции с помощью комбинированных пероральных контрацептивов может несколько отодвинуть возраст наступления менопаузы. И хотя такая зависимость могла бы иметь серьезное клиническое, социальное и даже биологическое значение, группа экспертов ВОЗ не сумела обнаружить достоверных доказательств.

В ряде исследований было показано, что у курящих женщин естественная менопауза наступает раньше, чем у некурящих, причем в двух независимых исследованиях содержится обзор более ранней литературы по этому вопросу с указанием на наличие такой связи (Lindquist O., Bengtsson C, 1979; Kaufman D.W. et al., 1980). При опросе группы женщин в

больницах 9 столичных районов развитых стран была выявлена разница в 1,8 года в возрасте наступления менопаузы между теми, кто никогда не курил (в среднем 49,4 года), и теми, кто выкуривал по крайней мере по 15 сигарет в день (в среднем 47,6; P<0,02) (Kaufman D.W. et al., 1980).

Влияние климата и высоты на возраст наступления менопаузы изучалось недостаточно. Относительно влияния климата мнения расходятся. Имеются единичные сообщения (Flint M., 1976), свидетельствующие о том, что у женщин, живущих в условиях высокогорья (более 2000—3000 м над уровнем моря), менопауза наступает примерно на 1—1,5 года раньше, чем у тех, кто живет ниже 1000 м над уровнем моря. Полагают, что колебания возраста при появлении первой менструации (существует тенденция к изменению этого возраста) связаны в основном с социально-экономическими факторами, главным образом теми из них, которые отражают различия в состоянии питания. Что же касается возраста наступления менопаузы, то ни доход (McMahon B. et al., 1966), ни образование (Jaszmann L. et al., 1969), ни род занятий мужа (McKinlay S.M. et al., 1972) не обнаруживают связи с этим показателем, хотя имеются сообщения, согласно которым он связан с ростом (Brand P. et al., 1978) и массой тела (McMahon B. et al., 1966) женщин. Прежние указания на фактор расы могли иметь своей основой различия в состоянии питания.

Приведенные результаты широкомасштабных социологических исследований показывают, что существует масса разнообразных факторов, влияющих на количественные показатели (к примеру, возраст наступления менопаузы), однако большую значимость для теории и практики неврозологии и психосоматической медицины имеет выявление факторов, воздействующих на качественные параметры климактерия и способных привести к развитию патологического симптомокомплекса. Как показывают международные исследования, на частоту и выраженность симптомов климакса могут существенно влиять культурные и социально-экономические факторы. К ним относятся: а) социальное значение, которое в определенных этнических группах придают менструации и освобождению от стигмы менструации по наступлении менопаузы, б) социальное значение бездетности; в) социальное положение женщин в период постменопаузы; г) отношение мужа к своей жене в период постменопаузы (например, как к сексуальному партне-

ру); д) степень социально-экономической депривации, испытываемой в этот период; е) степень изменения роли женщины в этот период и возможность выполнения ею новых или альтернативных функций; ж) доступность медицинской помощи в связи с симптомами перименопаузы.

До настоящего времени проведено очень мало сравнительных исследований с целью изучения отношения и реакций на состояние менопаузы в разных этнических группах. Полученные результаты указывают на резкие различия, обусловленные сложными причинами. Так, женщины, принадлежащие к определенной (и относительно богатой) индийской касте, в период климакса предъявляли меньше жалоб, чем женщины США (Flint M., 1976). Автор исследования отнес эту разницу за счет различий в положении таких женщин: индийские женщины освобождаются от гнета многих ограничений и приобретают более высокий статус, тогда как американские женщины предвидят потерю своего положения в «ориентированном на молодость» обществе. Отмечены также (Flint M., Garcia M., 1979) различия между принадлежащими к среднему классу женщинами еврейского и кубинского происхождения в США: последние испытывают большие трудности в связи с менопаузой. Более того, социальная интеграция таких женщин значительно ниже, и причины этих очевидных этнических различий могут быть весьма сложными. Были выявлены также и различия в отношении к состоянию менопаузы при обследовании 5 этнических групп женщин в Израиле (4 — еврейских, соответственно центрально-европейского, иранского, турецкого и североафриканского происхождения и 1 — арабского), причем регистрировались аналогичные жалобы соматического характера, включая приливы и потливость (Maoz B. et al., 1977). Арабские женщины занимали наиболее положительную позицию по отношению к «климактерическому кризису», европейские — испытывали по этому поводу наибольшее беспокойство, тогда как иранские — стояли на наиболее отрицательных позициях и предъявляли множество жалоб. Наиболее существенные различия имелись в области оценки супружеских отношений. При этом арабские женщины надеялись, что их мужья будут проявлять к ним после наступления менопаузы больше интереса, тогда как еврейки иранского происхождения были настроены весьма пессимистично. Авторы этого исследования заключили, что их данные

отчетливо демонстрируют значение этнических особенностей в формировании психической и психосоматической симптоматики и в восприятии климактерия.

Вариабельность проблем периода климакса в определенных этнических группах зависит от социально-экономического положения женщин. Швейцарские женщины из низших социальных классов хуже справлялись с проблемами, обусловленными этим периодом, чем представительницы более высоких социальных групп (Van-Keep P., Kellerhals J.M., 1974). Среди шведских женщин снижение сексуальности было более выраженным у представительниц низших социальных классов.

Перед совещанием Научной группы клинических специалистов высшего звена из сотрудничающих центров ВОЗ по научным исследованиям в области воспроизводства населения в Аргентине, Бразилии, Чили, на Кубе, в Египте, Венгрии, Индии, Кении, Нигерии, на Филиппинах, в Сингапуре и Таиланде просили заполнить вопросник относительно клинического значения проблем климакса. Ответы подтвердили впечатление о крайней скудности надежных данных в области характера и распространенности связанных с менопаузой проблем вне Европы и США. Неоднократно отмечалось, что среди госпитализированных женщин весьма низок процент (1—5%) тех, кто предъявляет соответствующие жалобы, и что это более характерно для представительниц обеспеченных групп населения. В некоторых центрах существует мнение, что вероятность обращения большего числа женщин как из высших, так и из низших социальных слоев за соответствующей помощью будет выше, если возможность ее получения станет широко известной.

Приведенные данные позволяют констатировать, что в происхождении психопатологических (невротических, соматоформных) симптомов климакса могут иметь значение некоторые социальные и культуральные особенности. Однако следует заметить, что перечисленные факторы в свете патогенеза климактерических нарушений способны лишь создать нюансировку клинической картины, т.е. играть патопластическую роль.

Кардинальным для неврозологии и психосоматической медицины является вопрос о клинических особенностях физиологического и патологического климакса. Одним из пер-

вых авторов, пытавшихся конкретизировать понятие физиологического климакса, являлся G.Maranon, который изложил свою точку зрения в книге, вышедшей в 1934 году. Автор к категории физиологического климакса относил случаи, при которых женщина испытывает в течение короткого времени приливы, повышенную раздражительность, небольшую утомляемость, то есть симптомы, которые по своей интенсивности или продолжительности могли бы рассматриваться лишь как временные. Тем самым G.Maranon сводил различие физиологически и патологически текущего климактерического периода к количественной оценке разных симптомов. У Р.А.Вартапетова (1941) мы находим еще более краткое и расплывчатое определение физиологического климакса. Автор пишет, что нормальным следует считать такой климакс, который наступает «естественным путем». Какой-либо расшифровки этого положения Р.А.Вартапетов не приводит.

Большинство авторов (Вихляева Е.М., 1966; Шахновская В.Ф., 1971, Свешникова Н.В., 1973; Змановский Ю.Ф., 1975; Бескровная Н.И., Алипов В.И., Стома Т.И., 1981; Ки Н.Т., 1981 и др.) физиологическим считают климакс, протекающий без выраженных патологических симптомов, с постепенным угасанием менструальной функции и проявляющийся различными признаками, которые, однако, не вызывают симптомов болезни. В понятие же дисгармонично протекающего климакса включаются два наиболее типичных проявления переходного периода — дисфункциональные маточные кровотечения и климактерический синдром.

Основной упор при клинической диагностике физиологического течения климакса некоторые авторы (Зудиков СИ., Дороднова Н.С., 1980) делают на отсутствии падения работоспособности женщины, что кажется нам недостаточно убедительным доказательством нормы, так как работоспособность зависит не только от тяжести заболевания (если оно имеется), но и от структуры личности, способности ее преодолевать трудности, считаться с необходимостью выполнять ту или иную работу иногда даже во вред своему здоровью. Другими словами, одного человека (в силу особенностей характера) даже незначительные боли и неприятные ощущения приведут на прием к врачу, в то время как другой будет считать себя здоровым и работоспособным при наличии тяжелых, объективно диагностируемых симптомов заболевания.

Патологические проявления климактерического периода привлекают внимание психиатров тем, что часто клиническая картина заболевания, связанного с климаксом, исчерпывается психопатологическими симптомами и синдромами. Совершенно закономерно, что патологическим проявлениям климакса уделено значительно больше внимания и посвящено больше клинических и экспериментальных исследований в сравнении с физиологическим.

За последние годы частота патологического климакса с комплексом невротических и соматоформных расстройств достигла довольно внушительных цифр. По статистическим данным, этот процент колеблется от 10 до 84. Так, по данным И.Ф.Жордания (1964), патологическое течение климакса в форме климактерического синдрома у женщин наблюдалось в 10% случаев, С.Н.Давыдов (1964) считает, что таких женщин около 14%, H.Wagner (1959) - 15%, А.Н.Серова (1975) - 18%, Е.М.Вихляева (1980) - 39%, В.И.Бодяжина, К.Н.Жмакин (1980) - 40%, S.Kruschwitz, R.Kramer, I.Vess (1978) - 40%, В.Г.Баранов с соавт. (1965) - 40-50%, G.Hammer, H.Muller, F.Flucmann (1957) — 60—90%. По нашему мнению, столь большой разброс данных о частоте патологического климакса связан с недостаточно разработанными критериями отграничения физиологического и патологического течения климактерия, о чем упоминалось выше.

Мы уже писали о климактерическом синдроме как о наиболее частом проявлении патологического климакса. Нам кажется уместным привести здесь мнения специалистов, занимавшихся проблемой терминологии. В.Г.Баранов (1972) пишет о том, что «климактерический невроз» является настоящим неврозом, но с характерной для него вегетативной симптоматикой. Хотя несколько ранее (1965) этот же автор указывал, что психические травмы играют второстепенную роль в развитии подобного состояния, а основным патогенетическим звеном являются возрастные изменения гипоталамической области. Е.М.Вихляева (1966, 1980) придерживается определения «климактерический синдром», В.Л.Богданович и Р.Г.Лурье (1974) называют подобное состояние «климактерической болезнью», А.Ф.Макарченко с соавторами (1967) используют определение «климактерический диэнцефальный синдром», а Е.С.Авербух (1974) — «инволюционный невроз».

Существующая терминологическая путаница вокруг определения патологических проявлений климакса связана, по нашему мнению, с тем, что врачи разных специальностей вкладывают различный смысл в понятие «невроз», смешивая его с т.н. неврозоподобной симптоматикой органического, соматического генеза. В период климакса различные определения расстройств инволюционного генеза возникают и в связи с неодинаковыми путями формирования этих расстройств. С одной стороны, истинный невроз может «завести» весь механизм болезни, с другой — не редки случаи возникновения климактерических симптомов вскоре после соматической болезни. Развившись после психотравмы, климактерический синдром в дальнейшем протекает с характерными для него психопатологическими расстройствами невротического уровня независимо от изменения степени актуальности психогении и даже ее исчезновения (С.А.Пуцай, 1981). Небезынтересно высказывание Е.С.Авербуха (1974) о том, что у многих больных в климактерическом периоде так тесно переплетаются характерные соматогенные и психогенные факторы, настолько типичны и своеобразны наблюдаемые клинические симптомокомплексы, что можно говорить об «инволюционном неврозе».

Все вышесказанное приводит к мысли о том, что, обозначая патологические климактерические нервно-психические симптомы, важно определять непосредственную причину возникновения этого состояния. Этого требует и международная классификация болезней, в которой непсихотические психические расстройства, обусловленные климаксом, до сих пор не нашли своего постоянного места.

Классифицируя патологические проявления климакса, большинство авторов (Вихляева Е.М., 1966, 1980; Шахновская В.Ф., 1971; Соскин Л.С, 1976; Крымская М.Л., Сметник В.П., 1978; Цагопова Л.И., Нурмамедова З.М., 1978; Тхань Ки Н., 1981 и др.) сходятся на том, что клиническая картина заболевания складывается из психопатологических, вегетативных и эндокринных симптомокомплексов. Р.А.Вартапетов (1941), Е.И.Кватер (1957, 1961), В.И.Бодяжина, К.Н.Жмакин (1980), И.Эрнст (1957) разделяют климактерический синдром натри группы нарушений: 1) нервно-психические, 2) сердечно-сосудистые, 3) эндокринные. Исследовав 400 больных с патологическим климаксом, Р.Г.Лурье (1966) пришел к за-

ключению о наличии 4-х вариантов его течения: невротического, сосудисто-вегетативного, кардиального и артроневралгического. А.Ф.Макарченко с соавт. (1967) относят расстройства у женщин с патологическим климаксом к вегетативно-сосудистому диэнцефальному, вегетативно-астеническому и вегетативно-эндокринному синдромам. Выделяя различные формы климактерического синдрома, все авторы едины в том, что наиболее частой из них является форма, образованная психопатологическими симптомами.

Характерными и специфическими для климактерического синдрома считаются так называемые приливы жара к голове и верхней половине туловища (вегетативные пароксизмы), встречающиеся, по мнению исследователей, у всех пациентов. А.Ф.Макарченко с соавт. (1967) определил приливы у 86% обследованных больных, И.В.Верулашвили (1977) — у 90%, П.Ф.Матвеева (1974) -у 92,6%, Е.М.Вихляева (1966) -у 96%, Т.М.Картозия (1969) - у 96,9%, Ш.М.Мелкумян-Нерсисян (1971) — у 100% пациентов.

В ряде исследований приводятся сведения о частоте обращений в поликлинические учреждения женщин в период климакса (Utian W.H., 1972; Moore B. et al., 1975; Jones M. et al., 1977). Эти сведения представляют известный интерес. Ряд таких обследований проведен в Австралии (Wood K., 1979), Германии (Prill H., 1964), Нидерландах (Jaszmann L. et al., 1969), Швеции (Hallstrom T., 1973), Швейцарии (Van-Keep P. et al., 1974), Соединенном Королевстве Великобритании, Северной Ирландии (B.Tompson et al., 1973; McKinly C. et al., 1974; Ballinger C, 1975; Bungay G.T. et al., 1980) и США (Neugarten B.L., Kraines R.J., 1965). Сопоставимость результатов этих исследований ограничивается различием методических моментов, особенно широким разнообразием подходов к выявлению симптомов. Однако отдельные данные отличаются достаточным постоянством и комментируются ниже. Так, все исследования демонстрируют нарастание таких вазомоторных симптомов, как приливы и ночная потливость к времени наступления менопаузы. В некоторых исследованиях делается вывод, что эти расстройства представляют собой единственную характерную особенность периода климакса. Зависимость этих симптомов от момента наступления менопаузы варьирует: по данным нидерландского исследования (Jaszmann L. et al., 1969), 17% женщин в возрасте 42—62 лет, у

которых сохраняются регулярные менструальные циклы, уже испытывают ощущения приливов; эта цифра возрастает до 40% среди женщин с нерегулярными циклами и через 5—10 лет после наступления менопаузы все еще составляет 35%. Степень тяжести этого симптома трудно определить, однако в одном из исследований 21% женщин, опрошенных относительно частоты приливов (Tompson B. et al., 1973), испытывали их через промежутки в несколько часов, а в другом исследовании (McKinly C. et al., 1972) почти половина женщин ощущала «острый физический дискомфорт». Вазомоторная лабильность, или приливы, связанные с менопаузой, характеризуются повышением кожной температуры, расширением периферических сосудов, транзиторным учащением сердцебиений и изменением электрокожной активности (Molnar G.W., 1975; Stardee D.W. et al., 1979; Meldrum D.R., 1979; Tatarin I.V. et al., 1980). Этот симптомокомплекс может включать потливость, ознобы, нервозность, раздражительность и головную боль.

Считают, что прилив обусловлен повышением активности симпатической нервной системы, но его гормональная основа остается неясной. Прилив происходит синхронно с волной секреции ЛГ из гипофиза (Tatarin I.V. et al., 1980; Casper K. et al., 1979), но, по-видимому, не является следствием повышения уровня ЛГ (Mulley G. et al., 1977; J.B.Spooner, 1977). Так, приливы могут иметь место после гипофизэктомии (Mulley G. et al., 1977) или после приема даназола, который снижает уровень гонадотропинов(5роопег1.В., 1977). Отправным толчком служит, вероятно, центральный гипоталамический разряд, связанный с пульсирующим выбросом рилизинг-гормона лютеинизирующего гормона (РГЛГ), но не сам этот выброс (Tatarin I.V. et al., 1979). В эксперименте после кастрации наблюдался ряд изменений уровня аминов и простагландинов в гипоталамусе (Donoso A. et al., 1967; FuxeK. et al., 1969;Anton-Tay E, Wortman R.J., 1968; Bapna J. et al., 1971; Beattie C.W. et al., 1972; Brody A., Kadowitz P.J., 1974), но точные механизмы, определяющие возникновение приливов, не выяснены. Интересно, что введение вещества, являющегося центральным альфа-адренергическим агонистом (клонидина), значительно снижает частоту приливов по сравнению с эффектом плацебо (Clayden J.R. et al., 1974). Приливы редко возникают у лиц, кастрированных в препубертатном возрасте, или у больных с пер-

вичной недостаточностью гонад, но они наблюдаются у таких больных после отмены длительной эстрогенотерапии.

Приливы имеют также и психосоматический аспект. Они могут провоцироваться эмоциональными переживаниями и, по данным некоторых исследований, в определенной степени поддаются лечению плацебо. Тем не менее в ряде исследований продемонстрировано лучшее воздействие на приливы эстрогенов или прогестинов по сравнению с плацебо (UtianW.H., 1972; Martin Petal., 1971; Bullock J.L. etal., 1975; Coope J. et al., 1975; Campbell S., Whitehead M., 1977; Poller L. et al., 1980), причем эстрогены могут быть более эффективными, чем прогестины (Dennerstein L., 1978). Лишь в одном исследовании не было установлено существенной разницы между эстрогенами и плацебо в этом отношении (Tompson J. et al., 1977). Терапевтический эффект половых стероидов представляется опосредованным, реализуясь через промежуточные гипоталамические механизмы. Отсутствуют данные об обусловленности вазомоторных симптомов дефицитом эстрогенов как таковых (Hutton J.D. et al., 1978). Однако интересно, что кломифен — антиэстрогенный препарат, оказывающий прямое действие на гипоталамические рецепторы эстрадиола, вызывает приливы, исчезающие при отмене этого лекарственного средства (Kato J., 1971).

Учеными описаны разнообразные жалобы психического и психосоматического порядка в период климакса, но их взаимосвязи уделялось недостаточное внимание. Так, неясно, в какой степени эти «описательные симптомы» отражают некий общий параметр «самочувствия» и в какой — более конкретные психические состояния типа депрессии, усталости или раздражительности. С учетом такой концептуальной неопределенности в ряде исследований обнаружено увеличение числа жалоб «психического» порядка в период, предшествующий прекращению менструаций; через 1-2 г. после наступления менопаузы частота жалоб снижается (Hallstrom T., 1973; JuszmanL. etal., 1969; BallingerC, 1975; BungayG. etal., 1980).

По мнению ряда зарубежных исследователей, частота психических отклонений приближается к максимуму в пременопаузе, а частота вазомоторных расстройств - после прекращения менструаций. Такое распределение психических нарушений, по-видимому, не связано с увеличением частоты серьезных психических расстройств (Hallstrom T., 1973;

WinokurG., 1973; Weissman M.M., Klermann G.L., 1977). Однако существуют и другие данные, согласно которым в климаксе и ранней постменопаузе возрастает обращаемость женщин по поводу эмоциональных расстройств и увеличивается число рецептов на применение психотропных средств (Shepherd M. et al., 1966; Skegg D.C. et aL, 1977).

По данным L.Juszman (1969), тот факт, что большинство симптомов со стороны психики возникает в период, предшествующий прекращению менструаций, когда менструальные циклы становятся нерегулярными и аномальными, указывает скорее на роль колебаний гормонального уровня, чем на дефицит гормонов в патогенезе этих симптомов. Такая ситуация имеет много общего с предменструальным синдромом, гормональная основа которого все еще является предметом дискуссий и который не реагирует сколько-нибудь предсказуемым образом на любую специфическую гормональную терапию («Менопауза», 1984).

Некоторые исследователи полагают, что женщины, предъявляющие в период климакса жалобы со стороны психики, страдали психическими расстройствами и в более молодом возрасте. На этом основании жалобы со стороны психики в период перименопаузы относят на счет «невротического склада» женщины. Систематические попытки выяснить вопрос о том, возрастает ли риск проблем климакса у женщин, имевших в анамнезе предменструальный синдром, обычно утяжеляющийся с возрастом (Rouse P., 1978), не предпринимались.

Считается, что после наступления менопаузы колебания уровней стероидных гормонов прекращаются и превалирует более стабильное состояние, характеризующееся низким уровнем эстрогенов. Если с ухудшением настроения каким-то образом связаны именно колебания уровней стероидов, то можно было бы ожидать, что в этой последней стадии характер симптомов со стороны психики должен измениться. К сожалению, во многих исследованиях, посвященных результатам терапии, женщины этих двух эндокринных категорий разделялись недостаточно четко, и поэтому не удивительно, что данные о положительном влиянии эстрогенов на настроение столь неоднородны.

Хирургическая менопауза, хотя она в некоторых отношениях, возможно, и существенно отличается от естественной, обеспечивает более однородную эндокринологическую кар-

тину. Опубликовано несколько материалов о результатах лечения женщин после овариоэктомии (Utian W.H., 1972; Dennerstein L. et al., 1979). В первом из них (Utian W.H., 1972) был обнаружен «тонизирующий психику» эффект эстрогенов (по сравнению с плацебо), хотя исследование проводилось только слепым методом. Во втором из исследований, проведенном той же группой авторов (Gones G. et al., 1973), был применен «двойной слепой метод», и «тонизирующий психику» эффект уже не проявлялся. Однако число обследованных женщин было очень мало. В третьем исследовании (Dennerstein L. et al., 1979) был выявлен положительный эффект эстрогенов и в меньшей степени прогестинов на настроение. Отчасти (но не целиком) это положительное влияние было, вероятно, вторичным по отношению к ликвидации приливов; до начала исследования у этих женщин не наблюдалось клинических признаков депрессии.

Как считают авторитетные эксперты ВОЗ, улучшающий настроение эффект эстрогенов в период постменопаузы еще предстоит подтвердить, и поэтому, прежде чем можно будет рекомендовать гормонотерапию, необходимо продолжить исследования. Полагают, что дефицит эстрогенов приводит к снижению уровня свободного триптофана в крови с последующим торможением синтеза 5-окситриптамина (5-ОТ) (Coppen A. et al., 1972). Нарушение синтеза 5-ОТ может обусловить депрессию. Отсюда терапевтическое влияние эстрогенов при угнетенном состоянии связывают с вызванным ими повышением уровня триптофана в плазме (Aylward M., 1976). Показано, что сам по себе триптофан обладает антидепрессантными свойствами (Ashcroft G., 1973), но прежние данные о связи между уровнем свободного триптофана в плазме и угнетенным состоянием (A.Coppen et al., 1972) не были подтверждены (Peet M. et al., 1976; Niskanen P. et al., 1976). Таким образом, значение этой биохимической гипотезы для объяснения депрессии у женщин в период постменопаузы остается весьма неопределенным.

Вопросу сексуальности в литературе о климаксе посвящено очень мало обзоров. Наиболее информативные данные содержит шведское исследование (Hallstrom T., 1973), показавшее падение полового влечения среди женщин после наступления менопаузы, что нельзя было отнести только за счет эффекта возраста или считать следствием снижения заинтересо-

ванности мужей. Сообщались и другие аналогичные сведения (Pfeiffer E. et al., 1972). Женщины, обращающиеся за помощью в периоды климакса и постменопаузы, часто говорят о «сухости влагалища и связанных с этим нарушениях полового сношения» (Utian W.H. et al., 1972). Это может обусловить вторичное снижение полового влечения и удовлетворения от полового акта. В одном исследовании было установлено, что такого рода расстройства часто встречаются у 3% и изредка у 5% женщин, причем, судя по данным контроля за этой переменной, постепенное снижение полового влечения в период постменопаузы сохраняется. Хотя имеющиеся данные указывают на снижение полового влечения в период климакса (например, по данным шведского исследования, 72% 54-летних женщин свидетельствовали о некотором или даже значительном снижении полового влечения), женщины могут регистрировать и заметное повышение полового влечения и удовлетворения от полового сношения (по крайней мере, временно) после наступления менопаузы (Kinsey A.C. et al., 1953; Caplan H., 1974). Очевидно, значительную роль в этом могут играть такие факторы негормональной природы, как освобождение от страха забеременеть. Но изучение возможной роли гормональных факторов свидетельствует о сложном характере изменения сексуальности женщин в это время. Угнетенное состояние отрицательно влияет на половое влечение или готовность ответить на инициативу партнера как у мужчин, так и у женщин. Если женщина в период климакса испытывает состояние угнетенности, то улучшение настроения по вступлении в более стабильную фазу постменопаузы может сопровождаться некоторым повышением ее сексуальности. Имеются некоторые основания считать, что прогестерон может оказывать на сексуальность угнетающий эффект (Udry A. et al., 1973). Прогестины применялись как у мужчин, так и у женщин для подавления полового влечения. Если нормальный для лютеиновой фазы цикла уровень прогестерона действительно оказывает отрицательное влияние на сексуальность, то тогда женщина в период постменопаузы должна быть свободной от такого влияния. Роль эстрогенов в сексуальности женщин также остается неуточненной. Эти гормоны, несомненно, играют существенную роль в поддержании нормального состояния влагалищного эпителия (Studd J. et al., 1977). У женщин в периоды климакса и иногда — перимено-

паузы нередко отмечается сухость влагалища. Пока не ясно, является ли это результатом нарушения механизма транссудации в ответ на эротическую стимуляцию или следствием более общего расстройства — недостаточной васкуляризации стенок влагалища, но с такой сухостью можно бороться с помощью системного или местного применения эстрогенов (UtianW.H. et al., 1972; Campbell S., Whitehead M, 1977). При более продолжительной эстрогенной недостаточности влагалищный эпителий атрофируется и меняется его клеточный характер. Это может привести к сужению или даже фиброзу и укорочению полости влагалища, причем истонченный эпителий особенно восприимчив к травме и последующему фиброзу (Gardner H., Kaufman R.H., 1969; T.H.Parmley, J.D.Woodraff, 1975). Все эти изменения обратимы под действием эстрогенов (W.H.Utian et al., 1972). Жалобы на сухость влагалища и снижение полового влечения коррелируют с уровнем эстрадиола в крови (Hutton J.D. et al., 1978; Chakravarti S. et al., 1979). Таким образом, значение эстрогенов для нормального функционирования влагалища у женщин в период постменопаузы бесспорно, хотя следует подчеркнуть, что, вероятно, у большинства (75-80%) таких женщин уровень циркулирующих эстрогенов достаточен для обеспечения данной конкретной функции (B.Moore et al., 1975).

Роль эстрогенов в других аспектах женской сексуальности еще менее ясна. У женщин в период нормальных менструальных циклов до настоящего времени не была обнаружена корреляция между уровнем эстрадиола и половым влечением или готовностью ответить на инициативу партнера (Persky H. et al., 1978). Однако у самок обезьян-резусов (Baum M. et al., 1977) небольшие количества эстрогенов могут быть необходимыми для обеспечения нормального полового влечения и готовности. Контролируемые исследования влияния эстрогенов у женщин в период перименопаузы до сих пор не сумели выявить какого-либо значительного сексуального эффекта, за исключением действия на сухость влагалища (Campbell S., Whitehead M., 1977); однако неоднородность эндокринологического состояния женщин, подвергавшихся таким обследованиям, могла «замаскировать» этот эффект. Два исследования, проведенные среди женщин, прошедших овариоэктомию, дали в этом отношении противоречивые результаты. В одном из них (Utian W.H. et al., 1972) не было выявлено влияния эстрогенов

на «либидо», тогда как в другом (Dennerstien L. et al., 1981) было показано, что эстрогены повышают половое влечение и удовлетворение от полового сношения у женщин. Этот эффект несколько уменьшается при комбинации эстрогенов с прогестинами. Эксперты ВОЗ считают, что, возможно в результате эстрогенной недостаточности, некоторые женщины в период постменопаузы должны испытывать снижение полового влечения, а также влагалищной реакции.

Широко распространено мнение, что тестостерон является «гормоном либидо» как у женщин, так и у мужчин, хотя до настоящего времени доказательств этой точки зрения почти нет (Garney A. et al., 1978). После наступления менопаузы происходит умеренное снижение уровня тестостерона в крови, и это могло бы играть роль в снижении сексуальности. До сих пор данные о благоприятном терапевтическом влиянии тестостерона на женщин в период постменопаузы очень скудны (Persky H. et al., 1978).

Клиническая картина климактерического синдрома многообразна и представлена различными симптомами, среди которых чаще других (вслед за приливами) встречаются такие, как эмоциональная лабильность, нарушения сна и бодрствования, головная боль, общий гипергидроз, ознобы (Борисова Н.Ф., 1970; Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., 1980; Dapunt O., 1967; Vara P., 1970; Jaszman L, 1972; Van-Keep P., Jaszman L, 1973). Как и в вопросе о клинических критериях физиологического течения климакса, нет единства во взглядах и в определении тяжести климактерического синдрома. Так, Е.М.Вихляева (1966) предлагает для оценки тяжести основываться на количестве приливов в сутки. Автор относит к легкой форме климактерический синдром с количеством приливов до 10 в сутки, к средней — от 10 до 20, к тяжелой — более 20. Таким образом, все многообразие патологических проявлений этого состояния сводится лишь к одномерному арифметическому параметру. Не представляется успешной попытка С.Н.Хейфеца (1981) использовать для оценки тяжести климактерического синдрома квантификационную шкалу, основанную на «менопаузальном индексе» (Куперман Х., Вешлер Б., БлаттХ., 1959 - цит. по С.Н.Хейфецу (1981). При этом, с точки зрения автора, решается вопрос и об определении физиологического климакса на основании полученных при исследовании баллов.

С психиатрической точки зрения квантификационная шкала не выдерживает критики, так как учитывает лишь субъективное отношение больных к проявлениям болезни, что приводит к неточным в методическом плане результатам. По нашему мнению, использование предложенной шкалы оправдано лишь для оценки эффективности терапии климактерического синдрома, но не для определения степени его тяжести.

Разнообразие психических нарушений в инволюционном (климактерическом) периоде с давних времен привлекало внимание психиатров. Было замечено, что некоторые заболевания имеют связь с расстройствами менструального цикла у женщин. П.Бутковский в учебнике душевных болезней, изданном в 1834 г., указывал на связь между развитием психоза и «неблаговременным прекращением месячного очищения». «Девицы, вдовы, а иногда и замужние женщины в климактерических летах подвергаются любовной задумчивости», — писал он, подчеркивая особую роль семейной неустроенности и одиночества женщин в генезе психических нарушений переходного возраста. Указывая на значение психогенных факторов и поведения в целом в развитии заболевания, П.Бутковский далее писал: «Впрочем расположение к меланхолии приобретают наипаче те женщины, кои предавались суетности света и занимались кокетством в прежней их фривольной жизни». Этим он как бы продолжает мысль старых исследователей о том, что женщина, которая не хочет иметь каких-либо трудностей в связи с переходным возрастом, не будет их иметь.

На связь психических нарушений с климаксом указывал также П.Малиновский (1855): «В то время, когда женщина делается уже не способной быть матерью, в теле ее совершается переворот — прекращение месячного очищения, — и в этот период женской жизни бывает немало случаев, где дело не обходится без помешательств». П.Малиновский придавал также большое значение психогенным и соматогенным факторам в развитии психических нарушений в пожилом возрасте: «Когда человек передвинулся за 40 лет, когда он увидел, как разлетелись мыльные пузыри им созданные, когда достаточно испил из чаши жизни и узнал, что нектаром были обмазаны только края, когда в самом себе сказал «суета сует», и особенно если ко всему этому присоединяются уже укоренившиеся беспорядки в отправлениях печени и воротной вены или завалы в других брюшных внутренностях, то весьма есте-

ственно, что после этого чаще развивается помешательство уже не бешенное, но ограниченное, мрачное».

Инволюционный период, по мнению П.Б.Ганнушкина (1933), характеризуется главным образом оскудением эмоциональной жизни, сужением интересов, развитием пессимизма, скупости и подозрительности. В руководстве «Клиническая психиатрия» (1955) В.Майер-Гросс, Е.Слейтер, М.Рот пишут о том, что «чрезвычайно характерным для климактерического периода женщины является наличие ажитации, напряженности и тревоги, которые и в дальнейшем не имеют тенденции к снижению».

Психические нарушения, манифестирующие в этом периоде жизни, разительно отличаются от возникающих в любом другом возрасте. Все это определяет подход к изучению так называемых инволюционных или климактерических форм психической патологии. Занимавшиеся этой проблемой отмечают, что в этиологии и патогенезе психических нарушений в период климакса, кроме различного рода экзогенных, эндогенных и психогенных моментов, важным является фактор «почвы», на которую они попадают (Жислин С.Г., 1956; Ковалев В.В., 1982 и др.).

Рассматривая психическое состояние больных женщин с позиции учения В.Н.Мясищева, М.Э.Телешевская (1966) описала своеобразную перестройку системы отношений личности, связанную с климаксом, подчеркивая, что даже бывшие на протяжении своей жизни активными, энергичными, целеустремленными, выносливыми, достаточно уверенными в себе становятся в этом возрасте мнительными, тревожными, легкоранимыми, неуверенными, нерешительными, сомневающимися во всем. Особенно значительно изменяется система отношений личности в направлении занижения собственных возможностей, исчезновения жизненных перспектив, связанного с преувеличением тяжести болезненных ощущений. В климактерическом возрасте у женщины появляется множество дополнительных психогенных факторов, которые до этого не причиняли ей беспокойства. Это так называемые *условно-патогенные психические травмы,* связанные именно с изменением системы отношения личности (Лурье Р.Г., 1966; Телешевская М.Э., 1966; Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я., 1974; Протасевич Н.И., Таранская А.Д., 1974; Авербух Е.С., Телешевская М.Э., 1976; Ильина В.Н., 1982; Ковалев В.В., 1982).

Условно-патогенными психотравмами становятся такие проявления климакса, как изменение внешнего облика (седые волосы, снижение тургора кожи, появление морщин), изменение либидо, значимость которых в этом возрасте резко возрастает.

Все это происходит при нарушении адаптации, при появлении черт ригидности, «застреваемости» на малейших неприятностях, что в свою очередь приводит к своеобразному «сужению личности» (Телешевская М.Э., 1972). Н.И.Погибко и М.Э.Телешевская (1967) определили состояние, развивающееся в связи с патологически текущим климаксом, как изменение личности, приводящее в конечном итоге к своеобразному «дефекту», проявляющемуся патологией эмоций и побуждений. На первый план при этом выступают прогрессирующая вялость, пассивность, равнодушие к тем сторонам жизни, которые совсем недавно представляли интерес, вызывали эмоциональный резонанс.

Рассматривая причины возникновения невротических симптомов у женщин в климактерическом периоде, В.Н.Мясищев и Е.К.Яковлева (1962) установили, что они, в первую очередь, зависят от преморбидных особенностей личности больных. Подобной точки зрения придерживаются многие авторы (Островский А.М., 1966; Невзорова Т.А., 1971; Сергеев И.И., 1977, 1980;Магурдумова О.Г, 1981; Пуцай С.А., 1981; Ballinger C, 1976; Garrity T., Somes G., Marx M., 1977), считающие, что появления климактерических форм неврозов имеют сходство с преморбидными чертами характера, причем чаще форму невротических расстройств определяет характер преморбида. Среди пациенток, страдающих климактерическим синдромом, значительно чаще по сравнению со здоровыми встречаются одинокие и вдовы (Змановский Ю.Ф., 1975).

Поданным С.А.Пуцая (1981), в 84% случаев у больных климактерическим синдромом до климакса выявлялись характерологические особенности (чаще тревожная мнительность, сенситивность, вспыльчивость, эмоциональная лабильность, реже стеничность, ригидность или демонстративность), которые на протяжении многих лет не мешали женщинам адаптироваться, и лишь с наступлением переходного периода стали отчетливо обнаруживаться признаки болезни в структуре личности и в поведении в целом. H.Prill (1964) считает, что в тех случаях, в которых у женщины к инволюционному возра-

сту остаются нерешенные проблемы (среди которых на первом месте стоит одиночество), климакс воспринимается как катастрофа, как событие, рушащее остатки надежд на благоприятное разрешение жизненной ситуации. При этом автор выделяет различные варианты поведения женщины, связанные с климаксом: 1) безразличное (аперсональное) поведение; 2) приспособление; 3) развитие невротического поведения; 4) активное преодоление. В этой классификации нам видится попытка разрешения коренной проблемы — дифференциации физиологического и патологического течения климакса как психобиологического явления с позиции нарушения не только биологической, но и психической адаптации.

Т.А. Невзорова (1971) упоминает о многообразии расстройств психики, связанных с климаксом. По ее мнению, они зависят от ряда причин, среди которых необходимыми являются преморбидные характерологические свойства личности, особое функциональное состояние церебральной и соматической систем организма, а также наличие психотравмирующих обстоятельств. На повышенную значимость психотравм в генезе климактерических психических расстройств указывает также М.И.Раенко (1967). И.ХарДи (1972) среди причин, приводящих к психогенным заболеваниям в период инволюции, называет значение самого климакса, так как при восприятии регулярных менструаций как естественных, нормальных, свидетельствующих о возможности материнства, климакс представляется большинству женщин угрозой женственности и привлекательности. Так же как и многие другие авторы, И. Харди особо выделяет тех женщин, которые привыкли пользоваться повышенным вниманием мужчин, и поэтому начавшийся климакс расценивается ими как крушение жизненных планов.

Т.Добржански (1973) подтверждает, что самочувствие и поведение женщины в период климакса зависит не только от гормональной перестройки, но в значительной степени от структуры ее личности, от социального положения и культуры ее быта. У женщин, старающихся защититься от старения, по наблюдениям автора, чаще развиваются реакции, вытекающие из «протеста» (например, чрезмерная забота о собственной внешности, повышенный интерес к косметике).

По мнению А.В.Квасенко и Ю.Г.Зубарева (1980), немаловажным в период климакса является изменение структуры соматонозогнозий в связи с биологическим увяданием и со-

циальной перестройкой. Особую значимость начинают приобретать профессионально-трудовой и интимный компоненты психологической картины климакса как болезни.

Наиболее характерными признаками психогений в инволюционный период, по данным В.Н.Мясищева и Е.К.Яковлевой (1962), являются переживания личности, связанные с патогенным противоречием неотвратимой утраты витальных возможностей при еще сохранившихся жизненных потребностях. В патогенезе прослеживается роль семейного неблагополучия (измены мужа, его намерение развода, страх перед распадом семьи в связи с отсутствием детей, реакции на снижение потенции у мужа). Следует отметить, что на последнюю причину (сексуальную неудовлетворенность женщины в период климакса) указывают многие отечественные и зарубежные исследователи, при этом большинство иностранных психиатров в данном вопросе стоит на психоаналитических позициях.

И.Б.Цветкова (1965) среди причин, вызывающих реакции женщины на ослабление жизненного тонуса, снижение работоспособности, изменение внешнего облика, особо выделяет значение измененного полового влечения, причем реакция на угасание жизни пола, по ее мнению, тем больше, чем более была выражена половая доминанта до этого возраста. Г.А.Обухов (1969) также проводит параллель между развитием климактерических нервно-психических расстройств и «моральным угнетением, вызываемым сознанием полового и общего увядания женщины». При этом автор считает, что психические потрясения, исходящие извне, единичны, носят бытовой характер и чаще всего связаны с распадом привычного семейного очага. Подобной точки зрения придерживается и Р.Г.Илешева (1979), которая в качестве психогенного фактора в период климакса выделяет личностно-сексуальные взаимоотношения супругов, причем одним из ключевых моментов сексуального конфликта, по ее мнению, является несоответствие между нарастанием с возрастом полового чувства у женщины и убыванием потенции у мужчин. Таким образом, одним из моментов, способствующим актуализации негативных сексуально-личностных взаимоотношений супругов в период, когда женщина перешагивает сорокалетний рубеж, является высвобождение незанятого времени за счет повзрослевших детей и уменьшения бытовых забот.

Приведенные выше мнения авторов о характере психотравмирующих факторов в период климакса у женщин затрагивают большей частью условно-патогенные психические переживания, являющиеся, по данным их исследований, основными. Другой точки зрения придерживается И.И.Сергеев (1980), считающий, что психогенные расстройства в пресениуме значительно чаще связаны с *объективно значимыми психотравмами*. Наиболее актуальными автор считает конфликты с родственниками, смерть близких, одиночество, собственно соматические болезни, причем особенно тяжело воспринимаются те стороны травмирующих событий, которые «угрожают личному материально-бытовому благополучию и здоровью пожилых людей». Наряду с этим И.И.Сергеев указывает на тот факт, что естественные психологические проблемы инволюционного возраста (факт старения, уход на пенсию и др.) часто лишь усложняют картину психогенного заболевания и только в отдельных случаях являются его основной причиной. В работе, посвященной влиянию возрастной «почвы» на манифестацию психогенных заболеваний в инволюционном периоде, И.И.Сергеев (1982) пишет, что грубые возрастные изменения биологического порядка (в том числе патологический климакс) препятствуют возникновению психогенных заболеваний, причем при наличии таких изменений под влиянием психотравмирующих ситуаций развиваются не реактивные заболевания, а дальнейшие декомпенсации возрастных биологических сдвигов. Вследствие вышеперечисленных причин возникает настоятельная необходимость разделять непсихотические психические расстройства, возникающие в климаксе и обусловленные им, на невротические и т.н. неврозоподобные, учитывая, что возможны их сочетания и переходы одного состояния в другое, их взаимозависимость и взаимообусловленность (Пуцай С.А., 1981; Ильина В.Н., 1982; Dominian T., 1977; Greene J., Cooke D., 1980).

М.Э.Телешевская (1966) выделяет четыре источника возникновения неврозов при патологическом климаксе: во-первых, обычный путь, связанный с психотравмирующей ситуацией в семье, на службе; во-вторых, изменение системы отношений личности в климактерическом периоде, в связи с чем психогенными становятся в большей степени условно-патогенные переживания; в-третьих, психотравмирующее влия-

ние вегето-диэнцефальных сенсаций; в-четвертых, трансформация в невроз неврозоподобных симптомов.

А.М.Островский (1966), исследуя особенности течения нервно-психических нарушений в климактерическом периоде, предлагает разделять их на три группы: 1) патологический климакс, проявляющийся астеническими и вегетативными симптомами, 2) реактивные неврозы (неврастения, истерия), наслаивающиеся на патологический климакс; 3) тревожно-депрессивный синдром в периоде инволюции, являющийся чаще началом пресенильного психоза. Проведенный автором анализ представляется нам до некоторой степени условным, так как выщеленные группы расстройств могут одновременно сосуществовать в клинической картине болезни, и их дифференциальная диагностика затруднена.

Позицию о сравнительно неясной нозологической принадлежности психопатологических синдромов в инволюционном возрасте поддерживает много авторов. Так, И.М.Виш и В.Я.Романюк (1980) описывают «климактерические псевдоневрозы» более сложными по генезу, чем просто неврозы, считая, что псевдоневрозы включают в себя экзо-, эндо— и психогенные моменты, отличающиеся полиморфизмом симптомокомплексов и сочетающие депрессивно-дисфорический аффект, церебрастению и сенесто-ипохондрические образования.

ЯЛ.Шрайбе (1963) также упоминал о том, что истинные неврозы в климактерическом периоде встречаются значительно реже, чем неврозы, сочетающиеся с той или иной соматической отягощенностью или микроочаговой неврологической симптоматикой.

Иными словами, в генезе и клинической картине многих заболеваний в позднем возрасте тесно переплетаются псевдоневротическое и невротическое, при этом «климактерический невроз» — недифференцированное понятие, включающее обе группы нарушений (Авербух Е.С., 1970; Абашев-Константиновский А.Л., Бердичевская А.Б., 1972). Традиционной нозоцентристекой точки зрения придерживается С.А.Пуцай (1981), который считает, что, проявляясь в неврозоподобной форме, климактерический синдром требует строгого отграничения от неврозов и неврозоподобных состояний органического происхождения (нейроинфекционного или сосудистого). Мы согласны, что дифференциальная диагностика любо-

го состояния необходима, но в данном случае, по нашему мнению, не имеет смысла исключать из клинических проявлений климактерического синдрома случаи возникновения его, например, на фоне начальных признаков атеросклероза сосудов головного мозга, так как нет данных, отрицающих тот факт, что характерные для патологического климакса изменения гипоталамической области в некоторой степени связаны с патологией церебральных сосудов, а наоборот, имеются сведения об обнаружении на реоэнцефалограммах больных с климактерическим синдромом отклонений от нормы.

Авторы, изучавшие клинические проявления климактерических психических расстройств, старались выделить их наиболее характерные стороны. Так, Г.Л.Обухов (1968, 1969) считает облигатным ипохондрический синдром, а астенический, депрессивный и истерический — факультативными. А.Л.Абашев-Константиновский и А.Б.Бердичевская (1972) также считают главенствующим ипохондрический синдром, но лишь в качестве элементов, вкраплений в структуру депрессивного синдрома. Ю.И.Леонова (1966) отмечает, что наиболее характерны для психических расстройств в период климакса депрессивный фон настроения и тревожная неуверенность.

С.А.Пуцай (1968) ставит на первое место по частоте астеническую симптоматику, а среди синдромов отдает предпочтение астено-сенестопатическому. При этом ипохондрический синдром не включается им ни в один из вариантов течения климактерических психических нарушений. Исследуя истерические симптомы в период климакса, С.А.Пуцай (1981) определил их неоднородность. При патологическом климаксе в большинстве случаев истерической симптоматики речь шла об истероформных реакциях, реже наблюдаемые расстройства возникали в связи с декомпенсацией психопатии истерического круга. Об этом же упоминает и В.Я.Семке (1965), наблюдавший больных с различными формами психопатий и обнаруживший, что именно у истероидных психопатов значение климакса является непосильным стимулом для компенсации, ведущим к срыву установившегося способа поведения и высвобождению прежних психопатических механизмов. В.М.Новиков (1981) характерной особенностью истерической симптоматики у женщин в пресениуме считает ее грубую выраженность и яр-

кость по сравнению с другими возрастными периодами. Д.Л.Буртянский (1971) описал 28 больных женщин с истероформным синдромом, развившимся в связи с патологическим климаксом. Характерным автор считает резкое несоответствие между степенью выраженности аффективных реакций и характером предшествующего им раздражителя. Обращается внимание и на отсутствие звучания исходящих извне психотравмирующих факторов, на основании чего автор предлагает отграничивать эти состояния от неврозов. Истоки истероформного синдрома, обусловленного патологическим климаксом, видятся ему в тревожной ипохондризации больных. Мы не считаем бесспорной позицию автора в вопросе о происхождении подобных состояний, так как их трудно не назвать психогенными.

Некоторыми авторами (Протасевич Н.И., Таранская А.Д., 1974) описывается возможность сосуществования невротических и т.н. неврозоподобных симптомов в период климакса, наслоение невротической симптоматики на климактерические изменения с формированием тревожно-депрессивного, депрессивно-ипохондрического, депрессивно-истерического синдромов. А.А.Игнатович (1977, 1978), П.Г.Сметанников, А.А.Игнатович (1980) выделяют следующие синдромы, характерные для психических нарушений у женщин в раннем периоде климакса: неврастеноподобный, обсессивно-фобический, депрессивно-ипохондрический и тревожно-депрессивный. Рассматривая подробнее психопатологическую симптоматику, свойственную раннему периоду климакса, авторы подчеркивают, что неврастеноподобные явления наблюдаются у всех больных и значительно чаще являются фоном для наслоения на них других расстройств, чем занимают доминирующее место в клинической картине болезни. В возникновении навязчивых расстройств, по наблюдениям П.Г.Сметанникова и А.А.Игнатовича, важную роль играют вегетативно-дистонические сдвиги и в целом разнообразные интероцептивные расстройства, столь свойственные климаксу.

В.Н.Ильина (1966, 1982) характерными для декомпенсированного течения климакса считает синдромы, свойственные проявлениям диэнцефальной патологии: циклотимный, ипохондрический и неврозоподобный, включающий истероидный, фобический и астенический. А.Г.Амбрумова и Л.Я.Жезлова (1974), изучавшие ипохондрические реакции женщин в

инволюционном периоде, приходят к выводу, что эти реакции настольно глубоки, что нередко приводят к суицидальным тенденциям. В своей работе они приводят своеобразную классификацию ипохондрических реакций в период климактерических расстройств: 1) астено-ипохондрические, 2) депрессивно-ипохондрические, 3) обсессивно-ипохондрические. Делается вывод, что вариант реакции зависит от выраженности климактерических нарушений.

Н.И.Погибко и М.Э.Телешевская (1973) отмечают в большинстве случаев неврозоподобного синдрома при патологическом климаксе его пестроту, многообразие сочетания астено-тревожно-депрессивно-фобически-ипохондрических, депрессивно-неврастенических, истеро-ипохондрических, обсессивно-тревожно-фобических компонентов, причем развитие болезни, по мнению авторов, идет от неврозоподобной к невротической, а иногда и далее — к психотической симптоматике.

Мы согласны с мнением большинства авторов в том, что проявления климактерических психических расстройств часто полисиндромальны, но считаем, что это возможно лишь на ранних этапах становления различных симптомокомплексов, обусловленных климаксом, тогда как в дальнейшем в большинстве случаев дифференциация структуры синдрома не представляется сложной.

Интересен взгляд разных авторов на возможность возникновения в период климакса обсессивно-фобических нарушений. Одни авторы (И.И.Сергеев, 1978; П.Г.Сметанников, А.А.Игнатович, 1980) придерживаются мнения, что этот синдром часто встречается и обладает относительной яркостью, особой контрастностью, частотой истерических включений. Другие (Авербух Е.С., Телешевская М.Э., 1976; Пуцай С.А., 1981) считают появление обсессивно-фобических симптомов в инволюционном периоде не типичным явлением, относя их лишь к тревожным опасениям в структуре тревожного синдрома.

В целом психопатология психических расстройств в период климакса у женщин представлена широким спектром симптомов: от субклинических расстройств (признаков «нарушения адаптационных механизмов», ситуационных психологических реакций личности и невротических реакций), собственно неврозов до выраженных неврозоподобных состояний с возможностью развития синдромов, переходных от невротического к психотическому уровню (Ильина В.Н., 1982).

Значительное место среди исследований, посвященных проблеме патологически текущего климакса, занимают наблюдения за путями дальнейшего развития его психопатологических проявлений. М.Э.Телешевская (1964) выделяет следующие возможности трансформации климактерического синдрома: выздоровление, формирование патологической личности, преобразование в пресенильный психоз.

Е.М.Вихляева (1966) также указывает на возможность полного обратного развития психических расстройств климактерического происхождения, отмечая в некоторых случаях трансформацию в стойкое невротическое состояние или пресенильный психоз с последующей деградацией личности.

Еще В.Н.Мясищев (1935), исходя из закономерностей формирования личности, упоминал, что в инволюционном возрасте часто может возникать патологическое развитие личности. В работах В.В.Ковалева (1982) также имеются указания на тот факт, что психогенные патологические развития личности, как правило, возникают на патологически измененной почве, к которой автор относит и дисгармонически протекающий климакс. Ряд психиатров (Мизрухин И.А., Мизрухин А.И., 1973; Бобров А.С., 1975; Виш И.М., Романюк В.Я., 1980 и др.) на основании своих исследований подтверждают мнение, что патологический климакс с богатой вегетативной стигматизацией в сочетании с наличием в преморбиде травм головного мозга или хронического нейроинфекционного процесса способен формировать тяжелое и длительное патологическое ипохондрическое развитие личности. При этом частое повторение вегетативно-сосудистых кризов на фоне возрастных биологических и социально-психологических изменений также способствует фиксации, протрагации и переходу психических нарушений в невротическое и патологическое развитие личности.

Интересен, с нашей точки зрения, взгляд на этот вопрос К.Хока (1967). Автор, разделяя развитие личности на первичное (невротическое) и вторичное, в основе последнего видит взаимовлияние биологических и социальных перемен, причем климактерические нейроэндокринные сдвиги определяются им как наиболее патогномоничные для подобной формы развития. Г.К.Ушаков (1978), разбирая вышеприведенное высказывание К.Хока, считает, что вторичные развития можно отнести к психосоматическим или психоорганическим

развитиям в общепринятом понимании, либо не к развитиям, а к психопатизации на соматически (психобиологически) измененной почве.

С нашей точки зрения, наиболее важным в работе К.Хока является не то, как обозначить подобное состояние, а то, что в прямую зависимость от биологических и социальных аспектов климакса ставится появление не свойственных ранее больным черт характера, начинающих на определенном этапе формировать новый патологический стереотип поведения.

Большое значение придается патологическому климаксу и психическим расстройствам этого периода в возникновении пресенильных психозов (Вольф М.Ш., 1963; Козлов Ю.Г., 1967; Ильина В.Н., 1968, 1976; Плотников СМ., 1972; Кудлаев В.Р., 1977; Виш И.М., Романюк В.Я., 1979). В частности, В.Н.Ильина (1976), занимающаяся инволюционными изменениями и их связью с нарушениями психики, пишет, что для инволюционных психозов типичен дебют на фоне патологического климактерия. Ранее В.Н.Ильина описывала состояния, обусловленные патологическим климаксом и занимавшие промежуточное положение между климактерическими неврозоподобными состояниями и инволюционными психозами, причем, по ее мнению, возможно перерастание климактерической ипохондрической депрессии в инволюционную. В.Р.Кудлаев (1974, 1977) придерживается мнения, что климактерический невроз в большинстве случаев является предстадией инволюционных психозов, хотя возможно одновременное сосуществование неврозоподобных и психотических нарушений, когда первые маскируют последние.

Психопатологические расстройства, возникающие у женщин в период климакса, трудно поддаются не только клинической идентификации (поскольку чаще носят полисиндромальный характер), но и оценке патогенетических и патопластических механизмов. Мнения исследователей по этому вопросу разнятся. Как было сказано выше, одни видят в происхождении психических расстройств биологическую (эндокринологическую) основу, вторые — психическую (реактивно-невротическую), третьи — нарушения социальной адаптации.

С нашей точки зрения, климактерические психические расстройства невротического уровня могут проявляться в четырех вариантах: астеническом, сенестопатически-ипохондрическом, тревожно-депрессивном и истерическом.

Невротические расстройства в пожилом возрасте

Старение населения является одной из важнейших проблем, которая приобретает в настоящее время огромное значение для экономической и социальной политики. В ближайшие годы предполагается дальнейшее постепенное постарение населения с преимущественным увеличением лиц старческого возраста (75 лет и старше) (Чеботарев Д.Ф., Фролькис В.В., 1990; Трифонов Е.Г., 1995; Чуркин А.А., 1995; Sanders P.A., 1993; Meuft G., 1992; Larkin B.A., 1992). В соответствии с классификацией ВОЗ, возраст 45—59 лет считается средним, 60-74 года, пожилым, людей в возрасте 75 лет и старше называют старыми, а свыше 90 лет — долгожителями. В предыдущем разделе внимание было сосредоточено на климактерическом периоде, который относится к среднему возрасту.

Известно, что распространенность психических расстройств среди лиц в возрасте старше 60 лет выше, чем среди общего населения. По данным эпидемиологических исследований, она составляет 27,4%.

Особенностью структуры психиатрической болезненности в старости является относительно высокая доля тяжелых психических расстройств у 6,7% лиц старше 60 лет. Распространенность более легких психических расстройств (пограничных, в том числе невротических) в этой возрастной категории еще выше — 20,8% (Вартанян М.Е., Тиганов А.С., Гаврилова С.И. и др., 1994). Старческий возраст можно рассматривать как следующую фазу развития в человеческой жизни — фазу развития в том отношении, что она не является статичной и защитные реакции на различные виды физического и психического дефицита могут быть как старыми, так и вновь приобретенными (Каштан Г.Н., Сэдок Б.Д., 1994).

Психическое старение — процесс возрастного изменения высших психических функций, характеризующий заключительный период человеческой жизни. Психическое старение представляет, по сути, содержание самой жизни в старости с ее новыми формами отношения к самому себе и к своему окружению. Психический упадок естественен и обязателен в старости так же, как естественны и обязательны возрастное снижение силы, ограничение физических возможностей. Первичными признаками психического упадка являются общее снижение психической энергии, ослабление витального

и психического тонуса. Клинические проявления психического упадка как симптома или синдрома старения находят выражение в сужении круга интересов, пассивности, психической вялости, изменении силы и подвижности психических процессов при качественной неизменности самих процессов (Alpert J.E., Maddocks A.B. et al., 1996).

Суммируя разнообразные точки зрения, относящиеся к возрастной психологии, Э.Я.Штернберг (1997) делает вывод что основное, что характеризует старение, — это снижение психической активности, выражающееся в сужении объема восприятия, затруднении сосредоточения внимания, замедлении психомоторных реакций. Взаимодействие и взаимовлияние всех биосоциальных факторов старения существенно изменяют психический склад человека, его личность и все формы психической деятельности (Телешевская М.Э., 1988; Kempen G.L., Jelicic M., 1997; Nagatomo L., Kita L., 1997; Peterson S.A., Maiden R., 1992).

При переходе к пожилому и преклонному возрасту человек постепенно смиряется с той ролью и положением, которых он достиг в процессе жизни. Он нацеливается на достойное завершение жизни, ориентируется на собственное здоровье и общечеловеческие ценности.

Хотя старение и неизбежный биологический факт, тем не менее культурная среда, в которой оно происходит, оказывает на него влияние. И.В.Давыдовский (1996) писал, что история жизни старого человека подчас важнее истории болезни, важнее для самого понимания этой болезни, а следовательно, и ее преодоления.

Период принятия решения завершить общественную и трудовую деятельность и сам выход на пенсию оказывается наиболее трудным периодом для стареющего человека (Sussman N., 1987). Нерешительность, амбивалентность, тревожность в большей или меньшей степени типичны для всех пожилых людей в этой ситуации (Miller R.J., 1993). Считается, что выход на пенсию является как бы разделяющей чертой между возрастом активных действий, здоровья и бодрости и периодом старости, когда активность сменяется пассивностью, жизнь превращается в борьбу за здоровье, интересы становятся уже, жизнь течет по типу «семейно-бытовых картинок». Однако невротические нарушения возникают лишь в том случае, когда выход на пенсию имеет вынужденный для пожилого человека

характер и происходит вопреки его личностным установкам. *«Пенсионные неврозы»* являются состояниями, возникающими в виде реакции в ответ на нежелательный или принудительный перевод на пенсию или же неприемлемые условия пенсионного обеспечения (Teusch L., 1984).

Обычно основными мотивами задержки с выходом на пенсию является боязнь потерять прежнее социальное положение, нежелание расстаться с привычками, а зачастую и с любимым делом. Удачные варианты жизненного устройства по выходе на пенсию определяются не только положительными внешними условиями, в которых оказывается пожилой человек, но в большей степени зависят от его личных установок, умения устроить свою жизнь. Пожилой человек, имеющий конкретные планы приятно использовать свободное время, легче принимает решение отказаться от прежней работы, чем лица, таких планов не имеющие (Халленд Х., 1972; Vanden Heuvel N., Smits C.H., 1996). Вопрос, что же в действительности представляет собой выход на пенсию, испытывает ли человек при этом чувство освобождения или, наоборот, ущемление, не может быть решен однозначно. Для каждого этот непростой вопрос решается по-своему.

Среди основных факторов, обусловливающих те или иные особенности социологического статуса пожилого человека, одно из первых мест занимает фактор физического здоровья, физической активности. Его значение тем выше, чем старше возраст. Принято считать, что старости присущи болезни, так же как молодости — здоровье. Старение и старость сами по себе не являются патологией, болезнью, однако при этом происходят сложные изменения в строении и функциях всех систем организма. Преобладают регрессивные явления, ухудшающие приспособительные возможности человека.

Важнейшей из отличительных черт старости является множественность метаболических и регуляторных нарушений, снижения адаптации и полиморбидности как следствия этой множественности (Бутенко Г.М.идр., 1983). Имеют место выраженные изменения общей реактивности организма, отдельных его органов и систем; имеется не только снижение диапазона лабильностей гомеостатических систем, их структурное и функциональное снижение, но и уменьшение способностей преодоления вредных влияний внешней и внутренней среды (Авербух Е.С., 1976).

Характер соматических изменений, различных на каждом из этапов возраста обратного развития, соответствующим образом находит отражение и в психике пожилых (Шахматов Н.Ф., 1996).

В действительности старости присущ свой лик, роднящий доселе несхожих людей. Сюда относится и некоторая эксцентричность, и медлительность в принятии решений, ведущих за собой серьезные изменения в жизни, и особая недоверчивость. Все ярче выступают раздражительность, возбудимость, гневливость, угрюмость, эмоциональная неустойчивость, колебания настроения. Именно на этом фоне выявляются нерешительность, мнительность, неуверенность, тревожность (Ефименко В.П., 1975; Яцков П.П., 1991).

Изменяющаяся с возрастом психическая реактивность влияет на поведение, взаимоотношение с окружающими. Лишения и ограничения, ощутимое превосходство молодых, своих же родственников, и то, как это превосходство дает повод для обиды пожилым людям, — все это приводит к подавлению личностного чувства. Старость с ее потерями действует так же, как и дискредитация личностного чувства любого другого рода (Адлер А., 1994).

Из личностных качеств отмечается уменьшение с возрастом таких качеств, как честолюбие и тщеславие при одновременном снижении общительности и человеколюбия. В психическом и психологическом плане основной проблемой старости является одиночество и вследствие этого — утрата необходимых и желанных контактов, беззащитность перед окружением, несущим, как кажется пожилым, лишь угрозу их благосостоянию и здоровью.

Переживание одиночества представляет собой острый или затяжной эмоциональный стресс, сопровождающийся разрушительным и истощающим влиянием на личность (Полищук Ю.И., Голубцова Л.И., Гурвич В.Б. и др., 2000; Stuhlmann W, 1992).

Рассмотрение неврозов в позднем возрасте, особенностей их клинической симптомологии, течения, представляет большие трудности. По наблюдениям многих авторов, в позднем возрасте подчас трудно определить границы недугов. Критерии, определяющие границы и содержание психотических симптомов и синдромов, так же как и принципы их разграничения, не меняются в старости. Можно говорить лишь о специфических особенностях в проявлениях психотической

симптоматики за счет того социально-регрессивного фона, на котором она развивается.

Старение и старость определенным образом сказываются на возникновении, течении и лечении неврозов (Телешевская М.Э., 1988). Основные вопросы, относящиеся к пограничным расстройствам в старости, группируются вокруг уже упомянутых проблем. Первая — это возрастные изменения присущих человеку личностных особенностей, возрастная динамика психопатических черт характера и неврозов, сформировавшихся в ранние периоды жизни. Вторая — первичное возникновение в старости тех аномалий характера, которые можно отнести к психопатическим.

Границы между психотическим, психопатическим и невротическим стираются, становятся нечеткими, поэтому неврозы позднего возраста протекают атипично, длительно и однообразно. Обычно четко очерченная, динамичная и яркая симптоматика, характерная для неврозов более раннего возраста, по мнению Н.Ф.Шахматова (1996), отсутствует.

Говоря о *неврозах позднего возраста,* необходимо в первую очередь учитывать значение сужения коммуникаций, изменение жизненной позиции и социальной значимости (Kempen G.L.,VanSonderenE.,OrmelJ., 1999; StuhlmannW, 1992). Они влекут за собой изменения социальной жизни, в частности обеднение контактов с общественной средой, ограничение или полное отсутствие внутрисемейного общения или отгороженность от социального окружения в рамках семьи.

Синдромальный анализ психических расстройств у пожилых пациентов обнаружил (Ефименко В.П., 1975; Гаврилова СИ., Михайлова Н.М., 1986; Gould K.A., Ball S., Beck J.G., Stanley M.A., Fogel B.S., Westlake R., 1990; Zimmerman M., Mattia J.I., 1999; Comtois K.A., Gunderson J.G., 1991; Akiskal H.S., Judd L.L., 1997) значительное преобладание аффективной патологии, выступающей в рамках различных по клинической структуре и степени выраженности депрессивности состояний (38,2%).

И в инволюционном, и в старческом возрасте депрессивный невроз предпочтительно возникает при наличии ряда условий, первым из которых является воздействие объективно значимой и трудноразрешимой травмирующей ситуации, косвенно связанной с поздним возрастом, не выходящей за рамки естественных психологических проблем

стареющей личности (Сергеев И.И., 1986; Allard C, Mishara B.L., 1995).

Основой депрессивных невротических расстройств при этом, у подавляющего большинства обследованных, являлись ситуации *невосполнимой утраты* (смерть близких, распад семьи, внезапно наступившее одиночество) или *тяжелые конфликты с детьми, супругом* (Вертоградова О.П., Войцех В.Ф. и др., 1986). К наиболее волнующим, значимым переживаниям как у женщин, так и у мужчин относятся *страх собственной и близких людей болезни и смерти* (Sauer H., Richter P., 1997).

В процессе систематизации полученных данных были выявлены основные психотравмирующие факторы, вызывающие развитие неврозов (Авербух Е.С. и др., 1976). Это были: 1) болезнь или смерть близких; 2) семейные конфликты; 3) влияние неприятных ощущений в теле; 4) актуализация прошлых переживаний, воспоминаний; 5) отрицательное влияние зрительных впечатлений; 6) действие устрашающих сновидений; 7) ломка привычного стереотипа; 8) влияние осознания старости и изменений, связанных с возрастом; 9) конфликты, переживания на работе; 10) сексуальные травмы.

Анализируя особенности ситуаций и структуру психогений при неврозах позднего возраста, необходимо отметить относительное значение смысловой стороны психотрамирующей ситуации. Не менее существенным является целый ряд других обстоятельств, таких, как подготовленность личности к неприятным событиям, или же их внезапность; длительность ожидания «кульминации» психогении, протяженность ее во времени; однократность или многократная повторяемость, значимость психотравмирующих факторов, отношение к ним и оценка их не только в момент переживания, но и в дальнейшем (Zauta A.J., Finch J.F., 1991).

Оценка и отношение к психотравмирующей ситуации в позднем возрасте изменяется с трудом из-за утраты гибкости и подвижности эмоций. Появляющаяся инертность, застойность, вязкость и «застревания» эмоций отражаются на оценке сегодняшних перспектив, самооценке и направленности личности. Поэтому на фоне эмоциональной неустойчивости и напряженности при обычных взаимоотношениях в семье и с окружающими усиливаются ранимость, ущемленное самолюбие. В результате пожилой человек находится в состоянии тревожного ожидания неприятностей, тоски.

Вследствие снижения реактивности, сопротивляемости и адаптации к стрессовым факторам порой даже незначительные физические и психические воздействия могут привести к декомпенсации. Определенную роль при этом играет нечеткость границ между психогенными и соматогенными воздействиями, частое их переплетение в клинической структуре невротических состояний.

При неврозах позднего возраста к психологическим факторам относятся оставшиеся в памяти зрительные впечатления. Даже через много лет они вновь «всплывают», или актуализируются, являясь важным элементом построения клинической симптоматики. Их актуализация и степень отрицательного воздействия на больных с невротическими расстройствами зависят от различных социально-психологических факторов в рамках данной индивидуальности, особенностей характера, семейного статуса, удовлетворенности жизнью и т.д.

Второе типичное условие манифестации депрессивного невроза в позднем возрасте — отсутствие грубых, достигающих степени психопатии, личности (Yashin A.I., Vaupel J.W., 1994; Sammallaht P., Aalberg V, 1995; Koga Y, 1993; Leichsenring E, 1991). Депрессивный невроз развивается на фоне разнообразных психологических качеств, относящихся к особенностям гармоничного душевного склада или к акцентуациям характера.

Третье условие — небольшая глубина собственно возрастных, церебрально-сосудистых, соматических сдвигов, которые к началу заболевания отмечаются у всех больных, но были компенсированными или субкомпенсированными. Различные факторы астенизации (лабильность вегетативно-висцеральной системы, вовлечение в патогенетический процесс нейровегетативных, нейрогуморальных и нейроэндокринных факторов) способствуют усилению стрессовых влияний и эмоциональной декомпенсации. Особенно часто наблюдаются страхи, тревога, беспокойство, растерянность (Семке В.Я., НохринаЛ.Я., 1986; Weaver T.L., Clum G.A., 1993; Scheidt C.E., Kaster B., 1996).

Важно отметить, что факторы среды (неблагоприятные внутрисемейные, межличностные, производственные взаимоотношения) играют существенную роль не только в возникновении психогенных депрессий, но и в психопатологическом их оформлении и особенностях течения заболевания (Rowe M.G., 1995; Prigerson H.G., Shear M.K., 1996). В частности, при сохраняющейся неразрешимой психотравмирующей

ситуации обнаруживается тенденция фиксации ипохондрических образований, выявляются отдельные функционально-невротические и патохарактерологические нарушения (Noyes R., Happel R.L., 1999; BarskyAJ., Fama J.M., 1998).

У заболевших в инволюционном возрасте невроз развивается постепенно. Для депрессивного невроза старости еще более характерным является вялое, растянутое начало, бледность проявлений, еще большая рудиментарность, стереотипность и монотонность симптоматики, вегетативный компонент «теряется» среди проявлений возрастных физических недугов. Психологическое содержание невроза отличается элементарностью и однообразием вследствие сходных у разных больных представлений о негативных аспектах старческой жизни и приближающейся смерти (Duggan C, Sham P. et al., 1995; Beusterien K.M. et al., 1996).

Картине депрессивного невроза свойственны аморфность и одновременно незавершенность, парциальность проявлений (Rosowsky E., Gurian B., 1991). Значительным в структуре депрессивного невроза является удельный вес астенических и ипохондрических расстройств. Диффузные ипохондрические опасения могут сочетаться с суицидальными мыслями, как правило, недифференцированными и без тенденции к их реализации (Altamura A.C., 1998; Bach M. et al., 1996).

Значительно чаще, чем у более молодых людей, наблюдаются тревожные опасения ипохондрического содержания, либо преобладают различные соматические жалобы с явной фиксацией на них (Штернберг Э.Я., Рохлина М.Л., 1970; Gould R.A., Ball S., 1996; Kuhs H., 1990; Shear M.K., Reynolds C.F., 1996).

Депрессивно-ипохондрические синдромы достоверно чаще имеют место у больных депрессиями в пожилом, нежели в молодом возрасте (Ефименко В.П., 1975; Escobar J.I. et al., 1998; Wyshak G., Barsky A., 1995).

Сочетание астенических расстройств со снижением физического тонуса и телесными сенсациями образует еще одну важную особенность депрессий второй половины жизни (ВертоградоваО.П.идр., 1986;СукиасянС.Г.,Мелик-Пашаян М.А., 1993). Астенические расстройства с почти постоянной частотой наблюдаются в структуре депрессий в виде психической и физической истощаемости, элементов гиперестезии, раздражительной слабости, склонности к дисфорическим и гневливым реакциям, слабодушию, неустойчивости настроения.

Ананкастно-депрессивный синдром у пожилых чаще развивается на органическом фоне, что обусловливает его своеобразную окраску рядом дополнительных симптомов: слабодушием, плаксивостью, выраженной вязкостью. В качестве наиболее существенного отличия от эндогенной депрессии выступает значительное преобладание тревожного аффекта по сравнению с тоскливым и апатическим. При относительно неглубоком уровне тревоги большей выраженностью характеризуются явления идеаторного и двигательного тревожного возбуждения, которые выступают в форме парциальных включений или фона, на котором эпизодически возникают более отчетливые проявления речевого и двигательного беспокойства. Сложность взаимоотношений элементов возбуждения и торможения в депрессивной триаде позволяет в большинстве наблюдений оценивать ее как дисгармоничную и рассматривать эту особенность в качестве одной из существенных характеристик депрессий позднего возраста (Телешевская М.Э., 1988).

Течение заболевания носит затяжной характер. Самой типичной оказывается затяжная динамика с тенденцией к прогрессированию и переходу в невротическое (депрессивное) развитие личности, что проявляется в усложнении и фиксации невротической симптоматики, формировании особого пессимистического мировосприятия и в возникновении или заострении личностных качеств тормозимого круга (Masse R., Tousigrant M., 1995; Leucht S., Wada M., Kurz A., 1997).

По мнению И.И.Сергеева (1986), психогенное патологическое развитие личности является сравнительно частым исходом неврозов позднего возраста, типичным из которым становится депрессивное развитие.

Для неврастении позднего возраста характерны комбинированные, смешанные многозвеньевые и однообразные клинические симптомы и синдромы: астенический, депрессивно-ипохондрический, тревожно-астенический, расстройства сна, соматические компоненты, раздражительность с элементами слабодушия, вегетативная лабильность, сенесто-ипохондрические переживания. Депрессивные состояния при неврастении не связаны с временем суток, а колебания настроения в течение дня зависят от соматического состояния и психологических факторов (социальный статус больного, семья, общения, среда и т.д.). Неврастения позднего возраста

протекает без прежних красочных, многообразных и динамичных симптомов — исчезают широкий диапазон и многогранность субъективных переживаний больных и их переработка, жалобы становятся более односложными, нединамичными, застывшими по существу, сливаются с общими компонентами астении.

Особенности реактивных состояний, первично возникающих в позднем возрасте, определяются в первую очередь биологически — возрастным фоном, на котором они возникают, а также характером самого психического фактора. Клинические отличия этих реакций позднего возраста выражаются в фоновом снижении психического тонуса, замедлении скорости психических реакций с наклонностью к застыванию, малом объеме клинических проявлений.

В клинической картине соматизированных психических расстройств у лиц пожилого возраста различают собственно психические расстройства (астению, депрессию, ипохондрию) и расстройства «телесного чувства» — ощущения в виде вегетативно-сосудистых нарушений.

Расстройства «телесного чувства», обнаруживая патогенетическую связь с астеническими, депрессивными и ипохондрическими нарушениями, выполняют маскирующие функции, имитируя болезни различных органов и систем. Совокупность этих ощущений определяет индивидуальное оформление клинической картины заболевания.

У лиц пожилого возраста выявляются достаточно очерченные соматизированные психические расстройства, имитирующие нарушения многих органов и систем. В отличие от истинных соматических нарушений, отмеченные феномены проявлялись в структуре аффективных и невротических (неврозоподобных) нарушений, что указывает на их психопатологическую природу. Особенностью этих нарушений являются их преимущественно витальный характер, несоответствие между истинными соматическими проявлениями и их психопатологическими эквивалентами, между патологическими ощущениями и периферической иннервацией, а также полиморфностью картины, своеобразные особенности личности больных, проявляющиеся в невозможности или трудности описания своих соматических переживаний (алекситимия) (Сукиасян С.Г., Мелик-Пашаян М.А., 1993).

Следует подчеркнуть, что у больных позднего возраста почти не наблюдается яркая обсессивная симптоматика с многочисленными навязчивыми состояниями. С течением возраста все реже наблюдаются истерические расстройства. Они вытесняются астенической, неврастенической симптоматикой, сочетающейся с тревожно-фобической, депрессивной, ипохондрической и другой (Авербух Е.С., 1976; Телешевская М.Э., 1988; Шахматов Н.Ф., 1996; Hayashi N.. 1992). **Эгоцентрические** установки, астенические и ипохондрические радикалы занимают очень большое место в структуре невроза, тогда как истерические и обсессивно-фобические включения являются редкими и скудными. Вегетативный компонент «теряется» среди проявлений возрастных физических недугов.

Таким образом, при неврозах позднего возраста обнаруживаются смешанные и даже множественные синдромы, составленные из элементов астении, тревоги, страхов, навязчивости, ипохондричности, депрессивных компонентов, тревожно-мнительных и других сочетаний. Взаимоотношение этих составных частей синдрома может сочетаться и изменяться под влиянием эмоциогенных воздействий и реакций личности. Характерна затяжная динамика неврозов, постепенно переходящих, в благоприятных случаях, в остаточные невротические состояния, при которых стираются различия между отдельными формами заболевания (Подкорытов Ю.С., 1984; Асатиани Н.М., Матвеева Е.С. и др., 1994; Quinton D., Gulliver L., 1995; Links P.S., Heslerrave R.J., 1995; Larkin B.A. et al., 1992).

Традиционно выделяют несколько вариантов исхода невроза вне зависимости от возрастных особенностей (Ковалев В.В., 1988): 1) выздоровление; 2) резидуальные невротические нарушения; 3) стабильное невротическое состояние; 4) невротическое развитие личности; 5) поглощение невротической симптоматики психическими расстройствами церебрально-органического, соматического и поздневозрастного генеза.

Таким образом, невротические расстройства в пожилом возрасте имеют свою специфику, отличаются от возникающих в иных возрастных периодах и требуют в связи с этим особого подхода к терапии.

Возрастная специфика антиципационных механизмов неврозогенеза

Во второй главе подробно представлена и рассмотрена выдвинутая и отстаиваемая автором (В.Д.Менделевичем) антиципационная концепция неврозогенеза. Доказана роль антиципационных механизмов в формировании невротических расстройств у взрослых. Однако недостаточно изученным до настоящего времени можно считать сравнительно-возрастной аспект антиципационной концепции неврозогенеза, существование специфических особенностей функционирования антиципационных механизмов и вероятностного прогнозирования у лиц разных возрастных групп при формировании невротических расстройств.

С целью изучения специфических особенностей и закономерностей антиципационных механизмов неврозогенеза у лиц разных возрастных групп нами было проведено исследование, результаты которого приведены ниже. Клинико-психопатологическому и патопсихологическому обследованию подвергались пациенты с невротическими расстройствами. Пациенты были сгруппированы в четыре группы: 1) дети (от 4 до 12 лет) — 14 человек; 2) подростки (от 13 до 18 лет) — 17 человек; 3) лица зрелого возраста (от 18 до 60 лет) — 27 человек и 4) пожилые лица (старше 60 лет) — 12 человек. Всего было обследовано 70 пациентов с невротическими расстройствами. В качестве экспериментально-психологических методик использовались классический и модифицированный варианты теста фрустрационной толерантности Розенцвейга.

Клинико-психопатологическое исследование группы *детей* продемонстрировало, во-первых, значимость параметра неспрогнозированности события, ставшего впоследствии психотравмирующим и вызвавшего невротические расстройства. Среди детей с невротическими симптомами (тиками, заиканием, диссоциативными, соматоформными, тревожно-фобическими, диссомническими расстройствами, энурезом и энкопрезом) подавляющее большинство (71,4% — $P<0,01$) полностью исключали из процесса прогнозирования психотравмирующее событие. Ретроспективно было выявлено, что события оказывались для них абсолютно неожиданными. К подобным психотравмам в детском возрасте относились: резкое, не вытекавшее из «логики событий» действие со стороны

сверстников, родителей или педагогов, как правило, в период игровой деятельности и в виде неуместной шутки. Из анамнестических сведений (со слов родителей) становилось известным, что такие дети были не готовы к быстрой смене внешних обстоятельств и поведения окружающих в принципе. Они обычно медленно переключались от одного вида деятельности к другому, были несколько заторможенными и пугливыми в отношении всего нового, особенно в ситуациях быстрой смены обстановки. Удалось выявить, что их роднила стратегия нацеленности в прогнозировании событий лишь на один выработанный в процессе научения ход событий. Первой аффективной реакцией на значимое событие у обследованных детей были растерянность и недоумение. Дети не понимали, по какой причине произошло не то событие, которого они ожидали. В структуре их индивидуальности были отмечены признаки парциального инфантилизма.

В группе пациентов *подросткового возраста* с клиническими проявлениями невротических расстройств (астенических, депрессивных, ипохондрических, дисморфофобических, диссоциативных, обсессивно-компульсивных и иных) была также отмечена роль неожиданно возникавшего психотравмирующего события. В отличие от группы детей, у подростков вслед за действием психотравмы значительно чаще отмечался не аффект недоумения, а эмоция обиды, что в большей степени было характерно и для группы взрослых пациентов с невротическими расстройствами. Подростки повышенно эмоционально реагировали на «не входившее в их планы» поведение и поступки окружающих, пытались воздействовать на ситуацию с целью преобразования ее в желанную. Особенно остро подростки переживали неспрогнозированное ими поведение близких людей и родственников. Эмоция обиды сочеталась с ригидными фиксированными размышлениями о несправедливости людей и мира, истоках нечестности, неверности, предательства со стороны значимых лиц. Можно было отметить тот факт, что неспрогнозированное психотравмирующее событие, вызывавшее невротические расстройства у подростков, приводило их к своеобразной ценностной переориентации, фиксированное™ на морально-нравственных основах поступков и поведения людей. При этом практически не подвергалась анализу собственная нацеленность лишь на желанное, ожидаемое развитие событий и поведение участников коммуникации.

У *взрослых* обследованных с невротическими расстройствами (соматоформными, диссоциативными, обсессивно-компульсивными, а также с реакциями адаптации) формирование симптоматики происходило в четыре этапа. На первом (когнитивном), возникавшем непосредственно вслед за действием психотравмирующей ситуации, психическая деятельность пациентов была направлена на осознание случившегося. Происходила своеобразная «ориентировка на местности» (фаза ориентации). Пациенты пытались понять новые условия, в которые были поставлены ситуацией, выявить отрицательные и положительные стороны нового статуса, т.е. «сориентироваться в настоящем». Во второй фазе когнитивного этапа больными производилась оценочная психическая деятельность. Событие ранжировалось по значимости, степени влияния на всевозможные стороны жизни пациента, принципиальности возникших изменений в связи с психотравмой. Кроме этого, фаза оценки использовалась больными для ответов на вопрос о причинах конфликта, виновниках возникшей ситуации. Как правило, тщательно и скрупулезно воспроизводилась в памяти и анализировалась ситуация и весь комплекс факторов, предшествовавших ей. При этом пациент в своих размышлениях иногда доходил до воспоминаний детства, обид, нанесенных ему в течение жизни. Особо его интересовала оценка степени собственной и чужой ответственности в происшедшем психотравмирующем событии, анализ того, что можно было бы изменить, для того чтобы этого не произошло.

Анализ эмоциональных переживаний (обиды, недоумения и разочарования, последнее из которых практически не наблюдалось в группах детей и подростков), наблюдавшихся на первом этапе, показал, что они базировались не только на мотивационных особенностях преморбидной личности, но и на некоторых когнитивных особенностях. Оказалось, что все первичные эмоциональные переживания сформировались у обследованных больных на основе неожиданно возникших психотравмирующих ситуаций, а фактор неожиданности отражал несовершенство (или, по крайней мере, специфику) механизмов антиципации. Как правило, обида — наиболее широко представленное на первом этапе психическое переживание у взрослых — возникала вследствие несовпадения завышенного, излишне оптимистичного или доверчивого отно-

шения к окружающим и реальной оценкой их действий в условиях конфликта или любого иного взаимоотношения.

Вслед за когнитивным этапом формирования невротических расстройств возникал аффективно-мотивационный. Длительность первого колебалась от нескольких дней до нескольких недель, продолжительность второго достигала нескольких месяцев. Аффективно-мотивационный этап можно считать наиболее хорошо изученным и описанным в неврозологической литературе. Поведение больных на этом этапе полностью вытекало из аффективно насыщенной патологии, действия диктовались эмоциональными переживаниями, воспоминаниями о психотравмирующем эпизоде и о продолжающемся психотравмирующем воздействии неразрешенного конфликта. Вероятностное прогнозирование будущего блокировалось ярко выраженными аффективными расстройствами. Пациенты были нацелены на поверхностный анализ происшедшего, своего поведения и поведения обидчиков или размышляли о настоящем психическом неблагополучии, поскольку аффективные нарушения сочетались с вегетативно-сосудистыми пароксизмами. Следует заметить, что на этом этапе внимание больных особенно привлекало их самочувствие. Именно в этот период появлялся комплекс соматизированных невротических расстройств. Пациенты были сосредоточены на настоящем, искали помощи и сочувствия чаще в связи с психосоматическими проявлениями. Своеобразное общеневротическое «бегство в болезнь» могло рассматриваться, с одной стороны, как уклонение от трезвой оценки реальности и неспособность разрешить конфликт, с другой — как невозможность, нежелание или неумение спрогнозировать варианты исходов неосознанно выбранного стереотипа собственных действий и поступков.

В дальнейшем наступал антиципационный этап формирования невротических расстройств, в процессе которого происходил выбор альтернативы: либо пациент создавал когнитивную базу для использования методов психологической компенсации и самостоятельно справлялся с аффективной симптоматикой, либо особенности антиципации не позволяли ему применять психокоррекционные действия, и невротическая реакция переходила в стойкое невротическое расстройство. В группах взрослых больных неврозами, наблюдавшихся нами, неврозогенез протекал по второму пути. Паци-

енты с различными клиническими формами невротических расстройств при структурировании будущего были нацелены на моновариантный прогноз, который заключался в однозначно пессимистической оценке исходов разрешения конфликта, признании малозначимости собственной роли в возможном разрешении ситуации и отказе представить себе пути положительного исхода ситуации. Четвертый (поведенческий) этап определял выработку стратегии поведения в новых условиях, когда конфликт продолжал оставаться неразрешенным и с психопатологическими феноменами сочетались субъективно тяжело протекавшие вегетативно-сосудистые и другие соматические эквиваленты психических расстройств. Стратегия поведения больных заключалась как в типичных невротических реакциях и защитных механизмах действий (невротические ритуалы, ограничительные формы поведения и пр.), так и в специфических способах использования методов психокоррекции.

Специфическими клиническими особенностями антиципационной деятельности пациентов с невротическими расстройствами *пожилого возраста* являлось относительное преобладание (в сравнении с другими возрастными группами) поливариантного типа вероятностного прогнозирования. В силу повышенной тревожности пациенты были склонны предвосхищать значительно большее количество негативного развития значимых ситуаций, чем представители иных групп обследованных. Несмотря на это, у подавляющего большинства из них невротические расстройства (чаще соматоформные, депрессивные и тревожно-фобические) возникали вслед за неспрогнозированными психотравмами.

В связи с поставленной целью обнаружения специфических особенностей антиципационных механизмов неврозогенеза у лиц разных возрастных групп особо следует отметить тот факт, что у пациентов пожилого возраста чаще, чем у больных иного возраста в клинической картине заболевания появлялась антиципационно опосредованная эмоция разочарования (табл. 12).

Полученные клинические данные позволяют отметить, что с возрастом в структуре невротических расстройств отмечается тенденция уменьшения частоты появления аффекта недоумения (растерянности) и увеличения такого эмоционального переживания, как разочарование. Эмоция обиды достовер-

Таблица 12

Сравнительная представленность антиципационно опосредованных эмоциональных феноменов у обследованных

Доминирующая эмоция	Дети	Подростки	Взрослые	Пожилые
Обида	28,6%	70,6%	62,9%	58,4%
Аффект недоумения (растерянность)	71,4%	17,6%	14,8%	8,3%
Разочарование	0%	11,8%	22,3%	33,3%

но чаще встречается у подростков, взрослых и пожилых пациентов по сравнению с детьми. Доказано, что все перечисленные эмоциональные феномены являются производными антиципационных паттернов. Следовательно, различная частота появления аффекта недоумения (растерянности), обиды и разочарования в структуре невротических расстройств у лиц разного возраста может указывать на специфические возрастные параметры функционирования механизмов антиципации. Можно предполагать, что отсутствие в детском возрасте чувства разочарования (так же как и малая представленность аффекта недоумения у пожилых) обусловлено развитием и совершенствованием в процессе социализации и научения механизмов вероятностного прогнозирования, коммуникативного аспекта антиципации.

Как показали результаты сравнительного патопсихологического исследования, профиль фрустрационных реакций (по тесту Розенцвейга) больных неврозами различных возрастных групп по большинству показателей достоверно различался. Существенные различия были отмечены по следующим показателям реакций на фрустрирующие события: E (экстрапунитивной направленности), OD (препятственно-доминантные), ED (эгозащитные), M (импунитивной направленности) и GCR (групповой конформной реакции). Наибольшие различия наблюдались по показателю OD — препятственно-доминантных реакций. Их суть заключается в выборе испытуемым в процессе проективного психологического эксперимента реакций, спецификой которых является фиксированность на психотравме, склонность анализировать лишь причины и особенности события, а не способы разрешения конфликта. Разница по данному показателю оказалась достоверной ($p<0,05$). Наибольшие различия наблюдались в

таких возрастных группах, как подростки (32,0%) и дети (14,0%). Преобладание типа реакции OD у подростков может указывать на малый опыт общения подростков, страдающих невротическими расстройствами, что позволяет предполагать зависимость между этиопатогенезом невротических расстройств и нарушениями процесса социализации подростков, приобретения опыта межличностного общения.

Значительные различия в обследованных группах наблюдались по показателю GCR (групповой конформной реакции), где разница составила 17,4 ($p<0,05$). Различия наблюдались между взрослыми (62,8%) и детьми (45,4%). Различия и снижение по данному показателю в группе детей с невротическими расстройствами могут свидетельствовать о том, что адаптированность данных детей в данной конкретной группе ниже, чем у взрослых. Это, в свою очередь, может указывать на то, что нарушение нормальных взаимоотношений у детей с окружающими является предвестником развития невротических процессов и вероятностью формирования личности по типу «потенциального невротика». Различия наблюдались также по показателю ED, особенностью которого является реагирование, нацеленное на снятие с себя ответственности и психологической самозащиты. Разница составила 16,8 ($p<0,05$). Наибольшие различия наблюдались между детьми и подростками (54,1 и 37,3% соответственно). Преобладание типа реакции ED и значительное повышение по данному показателю в возрастной группе детей, больных неврозами, может свидетельствовать о том, что нарушения в сфере личности у них выше, чем у группы подростков.

Различия также наблюдались по показателю M — импунитивной направленности реакций, где разница составила 9,3 ($p<0,05$). Наибольшие различия наблюдались между взрослыми (54,1%), пожилыми (37,3%) и детьми. Повышение по данному показателю в группах больных более старшего возраста может свидетельствовать о повышенном комплексе защитных реакций, который менее характерен для иных возрастных групп. Более низкие показатели по данной шкале позволительно трактовать как свидетельство снижения комплексов защитных реакций в пожилом возрасте и еще недостаточно развитого комплекса защитных реакций в детском возрасте.

При исследовании вероятностного прогнозирования больных с невротическими расстройствами во всех возрастных

группах с применением модифицированной методики Розенцвейга, направленной на оценку специфики антиципационной деятельности (структуры вероятностного прогнозирования), было выявлено следующее распределение типов вероятностного прогнозирования (табл. 13)

Таблица 13

Распределение типов вероятностного прогнозирования у обследованных (по данным патопсихологического эксперимента)

Тип вероятностного прогнозирования	Количество человек	Частота встречаемости типа реагирования (%)
Моновариантный	45	64,3
Поливариантный	17	24,3
Нормовариантный	8	11,4

Как показали результаты патопсихологического эксперимента, преобладающим у обследованных больных с невротическими расстройствами оказался моновариантный тип вероятностного прогнозирования (64,3%), который выражается в склонности прогнозировать лишь один, строго заданный исход событий в условиях проективного теста. Вторым по частоте оказался поливариантный тип вероятностного прогнозирования (24,3%). Сравнительно-возрастные результаты, полученные на основании проведения модифицированного теста Розенцвейга, представлены в таблице 14.

Таблица 14

Распределение типов вероятностного прогнозирования у обследованных разных возрастных групп
(по данным патопсихологического эксперимента)

Тип вероятностного прогнозирования	Дети	Подростки	Взрослые	Пожилые
Моновариантный	71,4%	64,7%	55,5%	66,6%
Поливариантный	28,6%	23,5%	26,0%	34,4%
Нормовариантный	0%	11,8%	18,5%	0%

На основании полученных результатов можно отметить несколько важных фактов и тенденций. Во-первых, среди лиц с невротическими расстройствами разного возраста имеется устойчивая тенденция к моновариантному типу вероятностного прогнозирования (данный тип встречается достоверно

чаще иных во всех группах). Во-вторых, отмечается склонность к учащению выбора данного типа прогнозирования в детском и пожилом возрасте по сравнению с подростковым и зрелым периодами жизни. В-третьих, поливариантный тип вероятностного прогнозирования также достоверно чаще, чем нормовариантный, представлен у пациентов и имеет тенденцию к учащению в пожилом возрасте по сравнению с иными возрастными группами.

Проведенные клинико-психопатологические и патопсихологические исследования лиц, у которых невротические расстройства возникли в разном возрасте, позволяют констатировать следующее: антиципационный механизм этиопатогенеза невротических расстройств не является специфичным по параметру возраста пациента. У детей, подростков, взрослых и пожилых людей существенным в возникновении и формировании невротических симптомокомплексов следует признать несовершенство механизмов антиципации и вероятностного прогнозирования. Однако можно отметить некоторые возрастные особенности антиципационных механизмов неврозогенеза: преобладание патогенных моновариантного и поливариантного типов вероятностного прогнозирования во всех возрастных группах с доминированием у детей и пожилых.

Тендерные особенности невротических расстройств

По мнению многих авторов, на формирование, структурно-динамические особенности и исходы невротических расстройств оказывают влияние не только возрастные, но и половые особенности. Известно, что среди пациентов преобладают лица женского пола. Это различие составляет в зависимости от клинических форм невротических расстройств от 2:1 До 12:1 (Мясищев В.Н., Карвасарский Б.Д., 1967; Мехилане Л.С., 1987). Вопрос о причинах подобной диспропорции рассматривается во многих плоскостях. Часть исследователей усматривает причину в психофизиологической специфике пола человека, отмечая повышенную эмоциональность женщин. Другие — в системе полоролевых отношений и приписанного социумом тендерного стиля поведения. Третьи отмечают «транквилизирующее», «терапевтическое» влияние алкоголизации мужчин на противостояние заболеваемости невротическими расстройствами.

Н.Б.Маньковский с соавт. (1985) и M.A.Okun et al. (1998) считают, что в процессе онтогенеза важное место занимают не только возрастные, но и половые особенности в их связи с возрастным фактором. Так, в молодом возрасте функциональная активность нервных процессов выше у женщин, а после 50 лет — у мужчин. Возрастная трансформация типологических свойств нервной системы у лиц мужского пола претерпевает меньшие сдвиги, чем у женщин. Среди женщин показатели распространенности пограничных психических расстройств в 2,0-2,5 раза выше, чем среди мужчин. Эта закономерность особенно выражена в возрасте 30-50 лет и проявляется среди населения всех социально-профессиональных групп (Петраков Б.Д., 1989; Turkson S.N. et al., 1996; Kroenke K. et al., 1998; Timms D., 1998). Исследования, проведенные Н.Н.Петровой (1996), R.Kreische (1995), K.L.Barry et al. (1998), показали, что личностная тревожность женщин выше по сравнению с мужчинами. В связи с этим женщины в большей степени предрасположены к возникновению психогенных расстройств, в том числе депрессивного спектра, причем выраженность депрессии прямо пропорциональна силе воздействия психотравмирующего фактора. L.V.Kessing (1998) отмечает, что риск повторения невротических расстройств у женщин выше, чем у мужчин. И.Ю.Зорин (1996) также обращает внимание, что среди пациентов с затяжными депрессивными состояниями невротического уровня преобладают женщины, в основном из средней возрастной группы. Предполагают, что повышенная предрасположенность женщин к депрессиям определяется комбинацией генетических, гормональных и психосоциальных факторов (Hamilton J.A. et al., 1993; Kessler R. et al., 1993; Wolk. S.J. et al., 1995). Было установлено, что особую психологическую значимость в структуре затяжных депрессий приобретали те переживания стрессовых событий, которые являлись «ключевыми» для конкретного характерологического преморбидного типа личности. В преморбидном развитии больных в большинстве случаев отмечались дизонтогенетические нарушения: несоответствие моторного и речевого развития в раннем возрасте, диссоциация в когнитивной сфере. Другими общими особенностями личности были ригидность и гиперсоциальность, а также, как правило, несоответствие между реально осознаваемым и желаемым, идеальным образом «Я». По данным K.Ahnlund et al.

(1996), T.Lecomte (1996), A.Bifulco et al. (1998), M.Linden et al. (1998), депрессивные расстройства в пожилом возрасте у женщин возникают почти в 2 раза чаще, чем у мужчин. Проведенные исследования распространенности пограничных психических расстройств у лиц разного пола выявили, что существующие показатели распространенности пограничных психичбских расстройств (80,9% — у женщин) скорее всего являются результатом сочетанного действия трех факторов: действительного различия в частоте этих расстройств у мужчин и женщин, их маскирования у мужчин алкоголизмом и различиями в «медицинском поведении» (Hagnell O. et al., 1994; Bebbington P.R. et al., 1998). Для мужчин более характерны непрерывно протекающие расстройства, затрагивающие структуру личности, в то время как у женщин отмечается склонность к приступообразно протекающим формам заболеваний, больше поражающих аффективную сферу (Богдан М.Н., 1997).

По мнению Б.Д.Карвасарского (1990), среди пациентов с диссоциативными расстройствами женщины преобладают, а с обсессивно-компульсивными расстройствами различий часто не находится. Неврастения чаще встречается у мужчин (Лежепекова Л.Н., 1972). Отмечается, что фобические расстройства чаще наблюдаются у женщин, а ипохондрические — у мужчин.

Этнокультуральные особенности невротических расстройств

Учитывая тот факт, что этиопатогенез невротических расстройств в немалой степени зависит от преморбидных особенностей личности «потенциального невротика», интерес представляет изучение влияния этнокультуральных особенностей (расы, национальности и пр.) лиц, страдающих неврозами. Известно, что распространенность невротических расстройств в разных культуральных группах неодинакова. Имеется национальная и этническая специфика клинических невротических феноменов.

В настоящее время принято следующее определение понятия этнос — естественно сложившийся на основе оригинального стереотипа поведения коллектив людей, существующий как энергетическая система (структура), противопоставляющая себя всем другим таким же коллективам, исходя из ощу-

щения комплиментарности(Л.Н.Гумилев). Наиболее значимым в данном определении следует признать факт облигатности противопоставления одной группы (этноса) людей другой, вычленение своей группы из ряда родственных на основании группового осознания идентичности. В связи с этим ценным представляется обозначение З.Фрейдом, изучавшим явления противопоставления близких друг другу народов, подобного процесса этнокультурального вычленения «нарциссизмом малых различий». «Я заметил, — писал он, — что в большей степени враждуют между собой и надсмехаются друг над другом соседние и во многом близкие друг другу народы (коллективы), например испанцы и португальцы, северные и южные немцы, англичане и шотландцы». Учитывая кажущуюся субъективность в национальном самоопределении, в современной этнопсихологии национальность, этническая принадлежность и культуральная специфичность определяются на основании самооценки.

Второй важной особенностью определения понятия этнос следует считать этнокультуральные стереотипы поведения (этностереотипы) людей (К.Касьянова), которые разделяют на автостереотипы и гетеростереотипы. Первые из них отражают самооценку этнической или культуральной группы, вторые — оценку «со стороны». К составляющим этностереотипов относят (В.Н.Панферов): общий стиль поведения, общий стиль деятельности, отношение к людям, отношение к себе, волевые качества, качества ума, эмоциональные качества, социальное поведение, ментальные характеристики.

В общий стиль поведения включают, например, простоту (простодушие) — снобизм, откровенность (прямоту) - скрытность, терпимость-нетерпимость, честность-лживость, искренность-неискренность, агрессивность-неагрессивность, культуру-бескушйурье, необузданность; в общий стиль деятельности — трудолюбие-лень, работоспособность-трудоголизм, халатность-обязательность; в отношение к людям — гостеприимство-негостеприимство, суровость-милосердие, завистливость-независтливость, тактичность-бестактность, доверчивость-недоверчивость, общительность-замкнутость, высокомерие, хамство, лицемерие, двуличие; в отношение к себе — гордость, непритязательность, закомплексованность, самоуверенность, гонор; в волевые качества — стойкость, уравновешенность-неуравновешенность, безволие, актив-

ность-пассивность, покорность; в качества ума — глупость, тугодумие, примитивность; в социальное поведение — корыстолюбие, склонность к спекуляции, криминальность, тунеядство, клановость; в эмоциональные качества — чувствительность-бесчувственность, сентиментальность; в ментальные характеристики — предсказуемость-непредсказуемость, широту души. Иногда отдельно выделяется понятие внешности, или стиля самопрезентации (к примеру, в него включаются нечистоплотность, неопрятность, неаккуратность).

Этнокультуральная нормативность поведения регистрируется на основании бытующих пословиц и поговорок, которые в этнопсихологии называются индикаторами оценки поведенческой нормы. Так, по данным З.В.Сикевич, наиболее предпочтительными для русской самоидентичности являются такие пословицы, как: «Пока гром не грянет, мужик не перекрестится», «В каком народе живешь, того обычая и держишь», «За морем — веселье, да чужое, у нас — горе, да свое», «Русский ни с мечом, ни с калачом не шутит», «Русский мужик задним умом крепок», «Русский любит авось, небось да как-нибудь», «На Руси, слава богу, дураков на сто лет запасено». Т.е. можно отметить тот факт, что в нормативное поведение русского человека входят такие параметры, как: основательность, неторопливость, обстоятельность, самоирония, но и нерасторопность, нерасчетливость, ригидность, склонность к крайностям. По мнению К.Касьяновой (1992), русский тип характера может быть охарактеризован, как эпилептоидный, и «в нашей культуре существуют собственные архетипы целеполагания и целедостижения, непохожие на западноевропейские».

В число индикаторов статуса русской женщины, по данным З.В.Сикевич, включаются пословицы: «Курица не птица, баба не человек», «Бабе дорога — от печи до порога», «Бабе хоть кол на голове теши», «У бабы семь пятниц на неделе», «Стели бабе вдоль, она меряет поперек», «Волос долог, да ум короток», «Баба что мешок — что положишь, то понесет». Они отражают традиционный взгляд на место женщины в жизни, а значит, и на оцениваемые как нормативные стереотипы поведения русской женщины: покорность, непоследовательность, зависимость. Выбор феминистического поведения в отечественной культуре может быть воспринят как культуральная девиация.

Этнокультуральные стереотипы поведения формируются в процессе социализации, что приводит к становлению феномена, названного национальным характером. Под ним понимается совокупность типичных и повторяющихся у лиц определенной национальности черт характера в виде манер, стиля поведения, способов осмысления действительности. В процесс воспитания характера гармонично включается и формирование значимых для этноса и национальности черт, считающихся нормативными. Для русского это доброта, терпение, гостеприимство, дружелюбие, широта души, патриотизм, доверчивость, открытость; для француза — любвеобилие, жизнелюбие, веселость, элегантность, общительность, изысканность, утонченность, улыбчивость; для немца — аккуратность, пунктуальность, педантизм, расчетливость, экономность, бережливость, чистоплотность; для американца — патриотизм, деловитость, свободолюбие, расчетливость, практичность, целеустремленность, общительность, раскованность (З.В.Сикевич).

Конфликты, построенные на микротравмах (в понимании Н.Пезешкиана), очень часто приводят к развитию невротической симптоматики, следовательно этнокультуральные стереотипы поведения могут быть потенциально невротизирующими.

Основным вопросом этнокультуральных исследований в неврозологии является вопрос о том, какое влияние оказывают этнические, национальные, культуральные особенности человека на механизмы возникновения и формирования, клинические проявления и закономерности течения невротических расстройств, а также на особенности их коррекции, терапии и профилактики. В связи с этим можно выделить четыре аспекта современной этнокультуральной неврозологии: диагностический, этиопатогенетический, клинический и терапевтический. Диагностический аспект связан с выработкой и описанием строгих диагностических критериев, отграничением психопатологической симптоматики от этнокультуральных стереотипов поведения, традиционных верований, мировоззрения, паттернов мышления и речевой практики. Особое значение диагностический аспект приобретает в условиях межэтнических и межкультуральных взаимодействий, когда диагност и пациент оказываются представителями различных культур, субкультур, вероисповеданий, рас, нацио-

нальностей или сексуальных сообществ. По мнению некоторых авторов (В.Б.Миневич, П.В.Морозов), многие клинические психологи и психиатры, получающие образование в Европе, сталкиваются с проблемой адекватной диагностики и квалификации расстройств, встречающихся в их собственных культурах. Вследствие чего неоправданным представляется расширение спектра психических расстройств у представителей традиционных культур, т.е. диагностики заболеваний и девиаций на основе «научных» критериев представителей иной культуры.

В классификации психических и поведенческих расстройств десятого пересмотра (МКБ-10) в рубрике «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», в частности, указывается, что культурально специфические расстройства, такие, например, как коро, амок, лата, в настоящее время не могут рассматриваться как самостоятельные. Предполагается, что они являются культурально специфическими вариантами известных синдромов тревоги, депрессии, соматоформных расстройств или нарушений адаптации. Незнание нормативов в этнических стереотипах поведения способно привести к ошибочной оценке невротических расстройств в тех случаях, в которых их фактически нет.

Этиопатогенетический аспект этнокультульных исследований в области неврозологии направлен на оценку роли этнических и культуральных особенностей человека в возникновении и развитии невротических расстройств. Ряд исследований последних лет и изменение ракурса анализа известных научных фактов приводит к мысли о том, что этнокультуральные параметры могут выходить за рамки патопластических и способны создавать условия для возникновения и формирования невротических расстройств. Изучение отклоняющегося поведения на базе невротических симптомов в современной клинической психологии справедливо обращается к таким сложным и многогранным психологическим образованиям, как личность и индивидуальность. Анализу подвергаются их различные стороны: характерологические особенности, темперамент, способности, самосознание и самооценка, система ценностей и т.д. При этом нередко упускается из виду, что индивид, личность являются составной и существенной частью этноса, и именно этнические и культуральные стереотипы поведения, выраженные в традициях, веровани-

ях, обычаях, обрядах, стиле мышления и ценностной организации жизни, формируют базовые психологические особенности человека. В связи с этим высоко вероятным представляется их роль в формировании невротических расстройств.

В последние годы психологами прицельно изучается такой психологический феномен, как антиципация (см. главу 2). Под антиципацией понимается способность человека предвосхищать ход событий, прогнозировать поведение окружающих и собственные реакции и поведение, строить вероятностный прогноз, основываясь на прошлом опыте (Б.Ф.Ломов, И.М.Фейгенберг). Следует признать, что антиципационные способности являются продуктом социализации и, следовательно, на их формирование существенное влияние оказывают этнические стереотипы поведения, имеющие отражение в понятиях «здравого смысла» и каузальной атрибуции (Менделевич В.Д., Авдеев Д.А., Киселев СВ., 1992). На основании многолетних клинико-психопатологических и патопсихологических исследований нами была выдвинута и обоснована антиципационная концепция неврозогенеза, суть которой заключается в том, что этиопатогенез невротических расстройств рассматривается как производное от преморбидного несовершенства механизмов функционирования антиципации и вероятностного прогнозирования. Как показал анализ результатов исследований и экспериментов больных неврозами, существенными, патогенетически значимыми для формирования невротических расстройств заболевания являются преморбидные антиципационные способности человека. Именно они способствуют субъективному оцениванию жизненных событий в качестве психотравмирующих в силу несовпадения производившегося человеком прогноза вероятности ситуации с реально возникшей. Клинические наблюдения позволили описать психологический тип «потенциального невротика».

Учитывая то обстоятельство, что антиципацию можно рассматривать в качестве этнокультурального феномена, научный интерес представляет анализ влияния этнических и культуральных стереотипов поведения, в частности в российских условиях, на процесс формирования невротического поведения. Формированию антиципационных способностей лиц, заболевших неврозами, способствуют широко распространенные традиции, верования, предубеждения, оказывающие-

ся устойчивыми этнокультуральными особенностями и транслирующиеся в процессе воспитания. Они, как правило, закреплены в пословицах, поговорках и диктуют члену этноса строго очерченный стиль поведения, формируя «стереотипизацию опыта» (по И.С.Кону). В условиях российского этноса существенными для процессов неврозогенеза оказываются традиции, по которым запрещено или не поощряется прогнозирование человеком отрицательного исхода собственной деятельности и субъективно значимых событий, что формирует т.н. антиципационную несостоятельность — характерную черту личности «потенциального невротика». Этнос накладывает табу на разновариантное прогнозирование, диктуя человеку необходимость экспектации лишь эмоционально положительных событий. Подобная традиция приводит к тому, что в условиях неспрогнозированности возникновение нежелательного события оказывается психотравмирующим по звучанию и способствует формированию отклоняющихся невротических стереотипов поведения.

Глава 6. ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В настоящее время в сфере практической деятельности в неврозологии используются все известные психотерапевтические методики, способы педагогического воздействия, разнообразные психотропные препараты и даже меры социального воздействия. При этом отсутствует системное обоснование целесообразности и научно подтвержденной эффективности действия тех или иных методик. В данной главе будут освещены основные существующие в науке и практической психологии и психотерапии подходы к психологической коррекции, психо- и фармакотерапии невротических расстройств.

Основополагающими принципами в выборе тех или иных психокоррекционных, психотерапевтических и психофармакологических методик в деятельности, направленной на купирование невротической симптоматики и коррекцию личностно-характерологических качеств, ответственных за неврозогенез, считаются:

- принцип добровольности;
- принцип осознанности;
- принцип соответствия (адекватности);
- принцип целесообразности;
- принцип допустимости;
- принцип гуманности.

Принцип добровольности подразумевает, что достижение реальной эффективности проведения коррекционных или терапевтических мероприятий, изменение характерологических особенностей и личностный рост возможны и допустимы лишь в случае добровольного согласия пациента на их проведение. Он базируется на *принципе осознанности,* сутью которого является как осознание человеком своего психического состояния и поведения несоответствующим адекватному, нормативному, так и стремление измениться. Нередко пациент с невротическими расстройствами может понимать болезненный характер проявлений его психической деятельно-

сти, но считать, что исправлению («лечению») следует «подвергать» в первую очередь виновника конфликта, создавшего психотравмирующую ситуацию (мужа-жену, начальника, ребенка и пр.). В подобных случаях пациент не стремится (или стремится на словах) с терапией невротических расстройств. С другой стороны, принцип осознанности подразумевает не только осознание необходимости коррекции психического состояния и терапии, но истинное осознание целей изменения. Пациент должен представлять, какого именно психического и поведенческого статуса он стремится достичь в процессе терапии: к примеру, избавления от депрессии, возникшей после измены супруга, изменения отношения к сложившейся ситуации или изменения поведения супруга.

Под принципом соответствия (адекватности) понимается выбор специалистом методик психологической коррекции, консультирования и терапии в соответствии с механизмами возникновения невротических расстройств. В подборе методик можно руководствоваться известными клиническими формами невротических расстройств, разнообразием описанных механизмов неврозогенеза.

Принцип целесообразности рассматривает необходимость и обоснованность купирования психопатологической невротической симптоматики донозологического уровня. Вопрос о предболезненных психических расстройствах является спорным, так как многие специалисты не считают научно обоснованным отнесение донозологических психологических феноменов к расстройствам и отрицают целесообразность применения при них арсенала психофармакологических средств.

Принципы допустимости и гуманности базируются на представлении о необходимости применения в процессе терапии и коррекции невротических расстройств лишь тех методик, которые способствуют личностному росту человека, этически и эстетически обоснованы и не могут вызвать психических расстройств. Недопустимым следует признать применение манипулятивных методик, которые используются без ведома пациента или без полного осознания им сути терапевтического процесса. Кроме того, недопустимым можно обозначить формирование в процессе терапии нового мифологического, т.е. ненаучного, иррационального и искажающего действительность мышления индивида, формирование зависимости от психотерапевта. Принцип гуманности базируется на признании за чело-

веком (пациентом) права на свободу выбора, права на уважение. Этот принцип (в соответствии с роджеровским подходом) проявляется в принятии психологом и психотерапевтом пациента как ценной и уникальной личности, принятии его проблем, сопереживании, эмпатии, искренности и позитивном непредвзятом взгляде на пациента во время взаимодействия с ним.

Методы психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии, используемые в неврозологии

Учитывая психогенный характер невротических расстройств, облигатность наличия внутриличностного невротического конфликта у пациента, основополагающими в терапии невротических и связанных со стрессом расстройств являются методы психотерапии. Их основное назначение в неврозологии — не только купирование психопатологической симптоматики, но и изменение тех личностно-характерологических качеств индивида, которые ответственны за формирование невротических расстройств, т.е. коррекция свойств «потенциального невротика».

Как было показано в предыдущих главах, количество теорий и концепций неврозогенеза велико. Вследствие этого каждый из этиопатогенетических подходов претендует на создание собственной эффективной психотерапевтической методики. Одни из них направлены на перевод невротизирующих и сублимированных эмоций из подсознания в область сознания, вторые — на осознанную переработку невротического конфликта, третьи — на отыскивание утраченного смысла жизни. В данной главе рассмотрены методы психологической помощи (в широком смысле), используемые при терапии невротических расстройств.

Под психологической помощью понимается предоставление человеку информации о его психическом состоянии, причинах и механизмах появления психологических феноменов или психопатологических симптомов и синдромов, а также активное целенаправленное психологическое воздействие на индивида с целью гармонизации его психической жизни, адаптации к социальному окружению, купированию психопатологической симптоматики и реконструкции личности для формирования фрустрационной толерантности, стрессо— и неврозоустойчивости.

Психологическая помощь является практической реализацией теоретических изысканий психиатра, психотерапевта или клинического психолога на основе научного анализа психического статуса и индивидуально-психологических особенностей пациента, этиопатогенеза невротических расстройств, типов его реагирования на различные фрустрирующие события и конфликтные ситуации. Традиционно выделяют три вида психологической помощи: *психологическое консультирование, психокоррекцию и психотерапию.* Они представляют собой воздействие на различные стороны пациента с невротическими расстройствами и имеют разнящиеся цели и способы, могут применяться раздельно и в сочетании. Основной целью психологического консультирования является *формирование неврозоустойчивой личностной позиции,* специфического мировоззрения и взгляда на жизнь, принципиальные и непринципиальные стороны человеческого существования, формирование иерархии ценностей, способных разрешить имеющийся внутриличностный невротический конфликт. Задачей психологической коррекции является *выработка и овладение навыками* оптимальной для индивида и эффективной для сохранения здоровья психической деятельности, способствующей личностному росту и адаптации человека в обществе. Психотерапия в узком понимании термина основной своей задачей ставит *купирование психопатологической симптоматики,* посредством чего предполагается достижение внутренней и внешней гармонизации личности.

Оказание эффективной психологической помощи при невротических расстройствах немыслимо без кооперирования перечисленных видов психологического воздействия, поскольку адекватный стиль взаимодействия пациента с невротическими расстройствами с окружающим миром невозможен как без сформированной личностной позиций, проявляющейся в теоретическом осмыслении реальности и выборе наиболее подходящей мировоззренческой платформы с иерархией ценностей, так и без конкретных психологических навыков преодоления жизненных сложностей, а также «саногенныгх умений». Взаимодействие различных психологических составляющих человека, направленных на поддержание гармонии, можно представить как пирамиду, на вершине которой располагается психотерапия, а в основании — психологическое консультирование, которые ориентируются на различные составляющие личности (рис. 3).



Рисунок 3. Направленность различных видов психологической помощи

Лишь при наличии совокупности представленных составляющих можно говорить о гармоничности человека в сфере преодоления фрустраций, стрессов и конфликтных психотравмирующих ситуаций и возможности личностного роста.

Под **психологическим консультированием** подразумевается проведение анализа психического состояния пациента с использованием различных методов психологической диагностики (интервьюирования, экспериментов и пр.) с предоставлением ему объективных данных и научных интерпретаций их результатов, которые должны способствовать разрешению стоящих перед человеком проблем, формированию новых представлений о различных подходах к решению психологических проблем, вариантах их предотвращения и методах психологической защиты и компенсации, а также расширению его психологической культуры и личностному росту. Таким образом, консультирование охватывает, во-первых, *диагностический процесс* и способствует определению нормального или аномального развития человека, наличия или отсутствия психопатологической симптоматики; во-вторых, *процесс информирования* индивида о структуре его психической деятельности и индивидуально-психологических особенностях, благоприятных и потенциально патогенных жизненных ситуациях; в-третьих, *процесс обучения* навыкам психологической защиты, аутотренинга и иных способов нормализации собственного эмоционального состояния.

Психологическая коррекция базируется на консультировании и предполагает целенаправленное психологическое воздействие на пациента с целью приведения его психического невротического состояния к норме в случаях диагностики у него каких-либо базовых характерологических девиаций или личностных аномалий, а также для освоения им какой-либо деятельности. Психологическая коррекция направлена на ак-

тивное внешнее вмешательство в формирование адекватного и искомого психического состояния человека, его активности и душевного комфорта, гармонизации его отношений с социальным окружением.

Психотерапия в узком понимании термина является видом активного и специфического психологического воздействия на пациента, имеющего психопатологические симптомы и синдромы и находящегося в состоянии кризиса, фрустрации, стресса или душевной болезни. Психотерапия подразумевает как купирование болезненных клинических проявлений, так и коррекцию индивидуально-психологических свойств человека с целью вторичной профилактики психогенных (невротических, психосоматических) расстройств и заболеваний с помощью специальных способов психотерапевтического воздействия. При широком толковании термина «психотерапия» под данным видом психологического воздействия имеют в виду все виды направленного психологического воздействия на индивида (консультирование, коррекцию и терапию).

Отличия различных видов психологической помощи по таким параметрам, как цель, объект, предмет, способ воздействия и позиции пациента (клиента) представлены в таблице 15.

Таблица 15

Отличия различных видов психологической помощи

	Психологическое консультирование	Психокоррекция	Психотерапия
Объект воздействия	Клиент, пациент	Клиент, пациент	Пациент
Предмет	Проблема, индивидуально-психологические особенности	Проблема, характерологические девиации и личностные аномалии	Психопатологические симптомы и синдромы, характерологические девиации и личностные аномалии
Способ	Информирование, обучение	Тренинг	Активное воздействие (терапия) различными способами
Позиция клиента	Активная, ответственен за результат	Пассивная, не ответственен за результат	Пассивная, не ответственен за результат
Цель воздействия	Формирование личностной позиции	Формирование навыков психологической компенсации	Купирование психопатологической симптоматики

Психотерапевт и клинический психолог вправе применять все виды психологической помощи (консультирование, коррекцию и психотерапию). Они могут оказывать психологическое воздействие, манипулировать в процессе общения, управлять собеседником или формировать у него определенные качества (Г.С.Абрамова). Под *воздействием* в процессе оказания психологической помощи понимается изменение психической реальности другого человека с целью создания для него новых переживаний и качеств. Воздействие предполагает ценность другого человека как меру изменений психической реальности. *Манипулированием* обозначается изменение психической реальности человека в соответствии с целями и задачами кого-либо или чего-либо. Оно предполагает скрытое или явное обесценивание человека. *Управлением* называется изменение психической реальности человека в соответствии с ее свойствами. Применяется при отсутствии у индивида возможности адекватной саморегуляции, к примеру, при патологии характера, личностных аномалиях или психопатологических симптомах невротического регистра. *Формирование* — это изменение психической реальности человека в соответствии с представлениями о ее социальной и индивидуальной норме. В этом случае предполагается, что сам человек не может достичь этой нормы вследствие дефекта или дефицита каких-либо качеств, например интеллектуальных или волевых.

Различные виды психологической помощи включают вышеперечисленные способы психического воздействия на человека в условиях клинического взаимодействия, но представлены они по-разному. Так, консультирование в большей степени ориентируется на психологическое воздействие в узком понимании этого термина, так как учитывает цели пациента, его индивидуально-психологические особенности и личностные ценности. Вследствие этого в процессе консультирования с помощью специальных методов воздействия осуществляется нормализация психического состояния индивида и расширение представлений о себе, ситуации, вариантах преодоления жизненных сложностей и внутриличностных конфликтов и приобретения навыков психологической защиты и компенсации. Психокоррекция в большей степени ориентируется на процессы манипулирования, управления и формирования, что связано с неспособностью человека само-

стоятельно (даже при приобретении знаний и навыков саморегуляции) изменить параметры своей психической деятельности в силу аномалий или дефектов психики. В рамках психотерапии используется каждый из вышеперечисленных способов оказания психологической помощи в зависимости от структуры психической проблемы индивида, его индивидуально-психологических особенностей и теоретических воззрений психотерапевта.

Считается, что психотерапия относится к сфере деятельности медицинского работника (психиатра по профессии) в силу того, что, с одной стороны, ориентируется на симптомы и синдромы (т.е. болезненные проявления психической деятельности), с другой — в связи с возможностью развития неблагоприятных последствий оказания психологической помоши. Перечисленных особенностей в различной степени лишены иные виды психологического воздействия — психологическое консультирование и коррекция, которые либо полностью, либо частично исключают возможность развития негативных последствий для соматического или психического здоровья. Если сравнить психотерапию с консультированием и коррекцией, то обнаружится факт облигатности для нее показаний и противопоказаний. Т.е. психотерапевт склонен учитывать целую гамму особенностей при назначении психотерапии — от индивидуально-психологических особенностей пациента до его соматического статуса. Противопоказаний для консультирования практически не обнаруживается, поскольку состояния здоровья человека не имеет принципиального значения для оказания данного вида психологической помощи. Психокоррекция в этом отношении занимает промежуточное положение между психотерапией и консультированием, поскольку косвенно может влиять на физическое состояние человека и провоцировать ухудшение здоровья. Следовательно, при проведении некоторых психокоррекционных мероприятий целесообразен медицинский или психиатрический контроль.

Психологическое консультирование пациентов с невротическими расстройствами

Консультирование в процессе оказания психологической помощи подразумевает совместное обсуждение врачом-психотерапевтом, психиатром, клиническим психологом, с одной стороны, и пациентом — с другой, возникших у чело-

века проблем, невротического конфликта, возможных вариантов их преодоления и профилактики, а также информирование индивида о его индивидуально-психологических качествах, специфических типах реагирования, методах саморегуляции. Консультирование направлено на выработку активной позиции человека по отношению к возникшей конфликтной ситуации, психотравмирующему воздействию, психологическим проблемам, возникшим в связи с этим, фрустрациям и стрессам с целью обучения способам восстановления или сохранения эмоционального комфорта в критических жизненных ситуациях.

Диагностический процесс в структуре психологического консультирования включает клиническое интервьюирование и использование батареи экспериментально-психологических методик для определения особенностей функционирования психических процессов и параметров индивидуальности. Существенным при консультировании в практическом отношении является процесс информирования человека об объективных параметрах его психической деятельности и свойствах индивидуальности, а также обучение способам психической саморегуляции.

Информирование клиента представляет довольно деликатный и сложный процесс, поскольку предполагает не только беспристрастное преподнесение фактов, но и учет возможных реакций человека на информацию о себе. Существует несколько стратегий информирования, принципиально различающихся степенью *использования оценочных категорий, фокусировкой и используемой терминологией*.

Учитывая тот факт, что психотерапевт или клинический психолог получают в процессе обследования пациента достаточно большое количество объективных данных, возможна различная *фокусировка* при информировании. Можно фиксировать внимание на: а) явных отклонениях функционирования организма и психики (психопатологических, соматоформных, вегетативных симптомах); б) всех имеющихся отклонениях; в) отклонениях, которые индивид способен осмыслить и изменить; г) всем спектре проявлений — и нормальных, и аномальных; д) нормативных признаках и проявлениях. Известны три подхода при фокусировке внимания и информировании человека: *оптимистический, пессимистический и нейтральный*. Одна и та же информация может быть

воспринята как положительная, отрицательная или индифферентная. Классическим примером может служить информирование человека о количестве жидкости в стакане воды: 1) стакан наполовину полон, 2) наполовину пуст или 3) жидкость в стакане занимает половину объема. Возможен выбор различных объектов фокусировки внимания человека в процессе оказания психологической помощи. Это могут быть отдельные функции или деятельность всего организма и личности («У Вас качественно нарушен процесс мотивационного опосредования деятельности и изменена иерархия ценностей» или «У Вас отмечаются существенные отклонения в поведении вследствие акцентуаций характера и нарушения волевой регуляции деятельности»).

В процессе информирования пациентов с невротическими расстройствами отмечается различный подход не только к фокусировке, но и к описанию и оценке выявляемых в процессе интервьюирования и диагностики клинических феноменов. Возможны *оценочный или описательный подходы.* В первом случае информирование включает оценочные категории (адекватный-неадекватный, нормальный-патологический, здоровый-больной, дефектный и т.д.). Во втором — психотерапевт при информировании старается избегать оценочных категорий и ориентируется лишь на описание клинических феноменов, предоставляя в случае необходимости многовариантность истолкования полученных фактов.

Существенной в процессе информирования является также используемая клиницистом *терминология.* Он может применять специфическую научную терминологию и даже жаргон («фиксированные абсолюты», «использование каузальной атрибуции» и пр.), не понятные обследованному, или, учитывая языковые и иные параметры клиента, делать заключение на обыденном языке.

Обучение навыкам саморегуляции в процессе психологического консультирования пациента с невротическими расстройствами осуществляется различными способами с ориентацией на приоритетность предоставления пациенту максимально возможной информации о способах и методах психологической защиты и компенсации, сано— и патогенетических паттернах мышления и прогнозирования, закономерностях развития, этапах и исходах межличностных и внутриличностных конфликтов. Индивид в процессе консультирования

обучается навыкам рефлексивного стиля мышления, здравомыслию и адаптивным формам реагирования исключительно с помощью информирования, поскольку тренинговый способ входит в структуру иного вида психологической помощи — психокоррекции.

В первую очередь пациент приобретает знания способов *психологической защиты.* Сутью их является сохранение баланса между внешними силами, действующими на человека, и внутренними ресурсами. Выделяют следующие варианты психологических защитных механизмов: рационализация, проекция, вытеснение, идентификация, компенсация, гиперкомпенсация, фантазирование, доминирующие идеи (М.Ярош).

Рационализация — стремление к самооправданию, поиск причин и мотивов своих поступков во внешней среде. Обвинение, например, окружающих людей в возникновении болезни или психологической проблемы. Больной при этом старается найти максимально убедительные и правдоподобные доказательства внешней обусловленности его болезненных высказываний и неадекватных поступков, стремясь сознательно или подсознательно уйти от признания тягостного факта развития у него болезни.

Проекция — приписывание другим своих неблагоприятных черт характера. Такой механизм личностной защиты наиболее часто отмечается у пациентов с пограничной психической патологией (при личностных расстройствах и неврозах). Больной осознанно или неосознанно старается создать у врача впечатление, что его болезненный срыв является следствием отрицательных черт характера близких ему людей.

Вытеснение — проявляется в забывании, игнорировании очевидных фактов неправильного поведения или симптомов болезни, вплоть до полного ее непризнания. Наиболее ярко вытеснение проявляется при истерических расстройствах — пациент часто не помнит наиболее неприятные и тяжелые для него события.

Идентификация — достижение внутреннего психического успокоения путем сопоставления, идентификации себя с кем-либо другим (например, со своими детьми — желание, чтобы они достигли в жизни того, чего он не достиг сам).

Компенсация основана на стремлении к достижению успе-

ха в какой-то области и, таким образом, к компенсации неудач в другой области, вызванных, например, недостаточными физическими способностями, отсутствием дарований, дефектом речи (например, усиленные занятия музыкой, чтобы чем-то отличаться от кого-то и привлечь к себе внимание).

Гиперкомпенсация — стремление к достижению успеха и чувства значимости именно в той области, которая до сих пор была наиболее трудной (физически слабый с помощью интенсивных тренировок старается быть самым сильным в каком-либо виде спорта, робкий и трусливый человек прикрывается напускной развязностью и грубостью, лживый человек стремится убедить других и отчасти даже сам убежден в своей исключительной честности).

Фантазирование проявляется в виде воображения исполнения неосуществимых желаний или успешного разрешения какой-то тягостной ситуации, в идентификации себя с каким-то литературным или былинным героем. Оно способствует снижению тягостного внутрипсихического напряжения, вызванного жизненной неудачей или болезнью.

Доминирующие или сверхценные идеи — убеждения с сильным эмоциональным зарядом, которые принимаются за самые важные в жизни и служат мотивационным стимулом к достижению какой-то определенной цели, несмотря на возникающие трудности. При этом собственные неудобства и наносимые окружающим обиды не принимаются в расчет.

По мнению П.Лейстер, основные защитные механизмы личности имеют как преимущества, так и недостатки, о чем важно информировать пациента в процессе психологического консультирования для формирования у него осознанного или неосознанного отношения к психологическим проблемам, связанным с жизненными сложностями или внутриличностным конфликтом (табл. 16).

Усвоение индивидом знаний о механизмах психологической защиты способно сформировать новый взгляд на собственную психику, закономерности и особенности психического реагирования в стрессовых ситуациях; изменить эти представления, если они оказываются неприемлемыми после соответствующего анализа. Таким образом, в процессе консультирования и получения информации о методах психологической защиты сам человек сможет выбрать из предлагаемых вариантов под-

Таблица 16

Преимущества и недостатки методов психологической защиты

Преимущества	Недостатки
Рационализация	
Подыскиваются обоснования своих действий, скрывающие истинные мотивы. Она служит сохранению самоуважения и самоутверждения против внешней критики	Деловое и конструктивное обсуждение проблемы устраняется, человек сам создает себе препятствие, чтобы с точки зрения других людей выглядеть лучше
Проекция	
Можно «не видеть бревна и в собственном глазу» и критиковать его «в глазу другого». Можно бороться с собственными ошибками, ничего не делая с самим собой	Затрудняется самопознание и созревание личности. Невозможно объективное восприятие внешнего мира. Проекция с трудом различима личностью, это лишает ее реалистичности
Вытеснение	
Неисполнимые желания и неприемлемые представления вытесняются из сознания ради спокойствия, что приносит моментальное освобожде-	Вытеснение требует энергии для его поддержания. Проблема не решается, она остается, и это становится угрозой психическому здоровью
Идентификация	
Благодаря интроекции происходит формирование Сверх-Я, перенимаются нормы, приносящие освобождение от конфликтов	Контролер (Сверх-Я) становится внутренним тираном. Человек становится рабом интроецированных норм и поэтому несвободным. Через идентификацию с агрессором и авторитетом дальше распространяется принцип: что мне делают, то делаю другим я
Сублимация	
Энергия напряжения полностью отреагируется в социально полезной деятельности: творчестве, спорте и др.	Упускаются причины напряжения. Сублимированное напряжение не исчезает, поэтому возникает более или менее осознанное состояние фрустрации
Образование реакций	
Маскировка уже имевшихся чувств, уменьшение напряжения за счет новых видов взаимодействия	Образование реакций приводит ко лжи, которая затягивает и самого человека, и окружающих его людей

Продолжение табл. 16

Преимущества	Недостатки
Бегство	
Человек избегает критики и благодаря этому — фрустрации	Позиция наблюдателя уменьшает продуктивность и активность человка, в будущем возникают проблемы с саморегуляцией
Оглушение	
Благодаря алкоголю или наркотическому веществу устраняются конфликты, фрустрации, страхи, вина, достигается ощущение силы. Это спасение от пугающей действительности	Зависимость от алкоголя и наркотиков. Изменение органических структур, болезнь
Экранированность	
Отгораживание от психических нагрузок, депрессивных настроений, страхов, беспокойства происходит в короткий срок. Возникает преходящее чувство покоя, стабильности, расслабления, уравновешенности и как следствие — удовлетворительное временное освобождение	Симптомы исчезают без устранения причин. Это приводит к накоплению отрицательных переживаний
Толкование бессилием	
«Я ничего не могу сделать — таковы обстоятельства» — таким образом человек избегает решения проблем	Психологические проблемы не устраняются, а распространяются дальше. Появляется опасность манипуляций
Разыгрывание ролей	
Маска роли приносит безопасность. Потребность в безопасности сильнее, чем блокированная свобода самовыражения индивидуальности	Неспособность найти себя за надетой, запрограммированной маской
Окаменение, притупление чувств	
Деловая маска, картина полной безэмоциональности и психической невозмутимости. Панцирь на чувствах не позволяет им проявляться вовне [11] попасть вовнутрь. Человек ориентируется на поведение автомата	Межличностные контакты обедняются, подавленные чувства ложатся грузом на органы и мышцы. Кто не позволяет себе быть эмоциональным, тот становится больным телесно и психически

ходящие ему. При консультировании не происходит навязывания пациенту единственно верного пути решения межличностных или внутриличностных проблем, а дается многовариантный обзор возможного поведения. В отличие от психокоррекции и психотерапии, выбор способа разрешения проблем или личностной трансформации остается за индивидом.

Психологическое консультирование используется при любых психологических проблемах человека как начальный этап терапии и «реконструкции личности». Нередко его использование сочетается с применением психокоррекции и психотерапии. Специфической мишенью консультирования являются психологические феномены, обусловленные кризисами идентичности и иными мировоззренческими проблемами, а также коммуникационные нарушения и невротические расстройства, возникающие по механизмам логоневроза. В сфере анализа и оценки мировоззренческих кризисов, экзистенциальных проблем применение психокоррекции или психотерапии считается необоснованным и малоэффективным. Единственной возможностью оказать действенную психологическую помощь человеку в период экзистенциального кризиса, не сопровождающегося выраженными психопатологическими проявлениями, является использование психологического консультирования — совместный (клиента и психолога) поиск истины, рассмотрение философских вопросов бытия, жизни и смерти с различных позиций и точек зрения, а также эмоциональная поддержка человека. При этом следует учитывать, что выбор способа действия в таких условиях остается за индивидом.

Классическим примером столкновения различных видов психологического воздействия являются суицидальные намерения индивида, обусловленные межличностным или внутриличностным конфликтами. После исключения психопатологических (неосознанных или болезненных) мотивов стремления человека к совершению суицида клинический психолог, как правило, может выбрать три известных пути психологического воздействия на человека: «путь консультирования», «путь психокоррекции» и «психотерапевтический путь». Его выбор будет основываться, в первую очередь, на теоретических предпочтениях и понимании механизмов суицидального поведения, тогда как индивидуально-психологические особенности потенциального суицидента могут вообще не рас-

сматриваться. В силу теоретических (мировоззренческих и профессиональных) воззрений психотерапевт может выбрать либо консультирование с использованием совместного обсуждения экзистенциальных вопросов и переноса ответственности за принятие решения на самого клиента; либо психокоррекцию, в условиях которой станет заниматься тренингом, направленным на поддержание нацеленности на сохранение жизни с помощью системы искоренения «неправильного мировоззренческого настроя» на смерть; либо психотерапию, при которой будет рассматривать суицидальные мысли и намерения как патологию, требующую купирования, к примеру, суггестией.

Мишенью для психологического консультирования являются также межличностные конфликты: развод, измена, увольнение, наказание и другие, которые рассматриваются индивидом сквозь призму мировоззренческих и нравственных проблем. Внешние психотравмирующие события трактуются человеком как безнравственные и вызывают к жизни принципиальные вопросы бытия — справедливости, верности, доверия и др. Следовательно, и в этих случаях наиболее адекватным следует признать применение психологического консультирования и отдать ему предпочтение по сравнению с другими методами психологического воздействия. Сходный процесс происходит и при появлении у человека соматического заболевания. Он также требует не коррекции или терапии, но, в первую очередь, консультирования.

Наиболее известными методиками, которые относятся к способам психологического консультирования, являются **рациональная психотерапия (P.Dubois), логотерапия (V.Frankl), психология самореализации (A.Maslow), позитивная психотерапия (N.Peseschkian), когнитивная терапия (A.Beck), рационально-эмотивная психотерапия (A.Ellis) и психотерапия «здравым смыслом».** Несмотря на то, что в названии методик присутствует термин психотерапия, фактически данные методики следует признать консультативными. Это связано, во-первых, с тем, что психологическая помощь оказывается посредством влияния на мировоззрение, во-вторых, с тем, что основным методом является метод информирования пациента и в-третьих — из-за «терапевтической мишени», которой в данном случае являются мировоззрение и миропонимание человека и вторично — психологические проблемы и невротические

симптомы. К отечественным методикам, которые также еле- ,
дует причислить к консультативным, в первую очередь отно-
сится так называемая **патогенетическая психотерапия,** осно-
ванная на теории отношений личности **В.Н.Мясищева.**

Основной задачей *патогенетической психотерапии* являет-
ся информирование пациента с целью:

• осознания мотивов своего поведения, особенностей сво-
их отношений, эмоциональных и поведенческих реакций;

• осознания неконструктивного характера ряда своих отно-
шений, эмоциональных и поведенческих стереотипов;

• осознания связи между различными психогенными фак-
торами и невротическими (психосоматическими) расстрой-
ствами;

• осознания меры своего участия и ответственности в воз-
никновении конфликтных и психотравмирующих ситуаций;

• осознания более глубоких причин своих переживаний и
способов реагирования, коренящихся в детстве, а также усло-
вия формирования своей системы отношений;

• научения понимания и вербализации своих чувств;

• обучения саморегуляции.

Патогенетическая психотерапия осуществляется в четыре
этапа. На первом происходит преодоление неправильных
представлений пациента о его болезни; на втором — осозна-
ние психологических причин и механизмов болезни; на тре-
тьем — решение конфликта и на четвертом — реконструкция
системы отношений личности.

Логотерапия относится к гуманистическому направлению
психотерапии в широком понимании термина и ставит своей
целью терапию ноогенных неврозов с помощью приобрете-
ния утраченного человеком в силу каких-то причин смысла
жизни. Механизм развития психологических проблем и не-
вротических симптомов усматривается в нравственных иска-
ниях человека, конфликте совести и, в целом, в «экзистенци-
альном кризисе». Задачей логотерапии становится восстанов-
ление или приобретение человеком потерянной духовности,
свободы и ответственности, исходя из известной позиции
А.Эйнштейна, выраженной в следующих словах: «Человек,
считающий свою жизнь бессмысленной, не только несчаст-
лив, он вообще едва ли пригоден для жизни». V.Frankl считал,
что вернуть утраченный смысл возможно с помощью метода
убеждения. Убеждение использует систему логических обос-

нований уникальности ценностей (смысла) жизни при абсолютной ценности трансценденции — сущности существования. Основой логотерапии становится исцеление души с помощью формирования осмысленного стремления к смыслу и даже к конечному смыслу (сверхсмыслу) в противовес стремлению к наслаждению или власти.

В.Франкл предложил использовать такие методики, как парадоксальная интенция и дерефлексия, которые располагаются между консультативными и коррекционными. Согласно логотерапевтической концепции, патогенез фобий и обсессивно-компульсивного невроза частично обусловлен увеличением тревоги, обсессий и компульсий, что связано с попытками пациента избежать навязчивой тревоги, страха и компульсий. «Фобическая личность, — пишет В.Франкл, — как правило, старается избежать ситуации, в которой возникает ее тревога, в то время как обсессивно-компульсивный невротик стремится подавить и тем самым побороть свои угрожающие идеи». С целью их реального купирования предлагается использовать специфическую человеческую способность самоотстранения, характерную для чувства юмора. Пациенту предлагается как бы усилить собственные страхи, выставить себя перед собой в смешном виде. Парадокс заключается в том, что пациенту рекомендуется не избегать собственных страхов, обсессий или компульсий, а спровоцировать их самостоятельно с максимально возможной интенсивностью. Методика дерефлексии направлена на блокирование навязчивого самонаблюдения, названного в логотерапии гиперрефлексией. В отличие от парадоксальной интенции, при которой пациент стремится высмеять собственные симптомы, при дерефлексии он научается «игнорировать» их.

В рамках **психологии самореализации** упор делается на выработку психологической стратегии максимально использовать в жизни собственный личностный потенциал, который включает:

1. Внутреннюю природу человека, его индивидуальную самость в виде основных потребностей, способностей, индивидуально-психологических особенностей.

2. Потенциальные возможности, а не реальные окончательные состояния, реализация которых детерминирована экстрапсихическими факторами (цивилизацией, семьей, окружением, образованием и т.п.).

3. Аутентичность — способность познать истинные собственные потребности и возможности.
4. Способность принимать себя.
5. Потребность в любви.

A.Maslow признавал, что у индивида существуют ценности бытия (Б-ценности) и ценности, формирующиеся по принципу ликвидации дефицита (Д-ценности). К ценностям бытия относятся такие, как: 1) целостность — единство, интеграция, стремление к однородности, взаимосвязанность; 2) совершенство — необходимость, естественность, уместность; 3) завершенность — конечность; 4) справедливость — законность, долженствование; 5) жизненность — спонтанность, саморегуляция; 6) полнота — дифференцированность, сложность; 7) простота — искренность, сущностность; 8) красота — правильность; 9) праведность — правота, желанность; 10) уникальность — неповторимость, индивидуальность, несравненность; 11) непринужденность—легкость, отсутствие напряженности, изящество; 12) игра — веселье, радость, удовольствие; 13) истинность—честность, реальность; 14) самодостаточность — автономность, независимость, умение быть самим собой без участия других людей.

Позитивная психотерапия исходит из принципа обладания человеком способностей к саморазвитию и гармоничности. Основными целями позитивной психотерапии являются:

• изменение представлений человека о себе, своих актуальных и базисных способностях;

• познания традиционных для него, его семьи и культуры механизмов переработки конфликтов;

• расширение целей его жизни, выявление резервов и новых возможностей для преодоления конфликтных ситуаций **и** болезней.

Для этих целей используется транскультуральный подход к оценке тех или иных психологических феноменов и болезненных симптомов. Суть его заключается в предоставлении клиенту или пациенту информации об отношении к сходным с имеющимися у него психологическими проявлениями, симптомами, проблемами или болезнями в иных культурах. К примеру, при патологической эмоциональной реакции индивида на выявляемую у него аллопецию (облысение) ему приводят пример отношения к облысению в некоторые африканских племенах, где эталоном красоты считается не густая ше-

велюра, а лысая голоса. Транскультуральные сравнения направлены на выработку у пациента понимания относительности жизненных ценностей. Еще одним способом в позитивной психотерапии является позитивная интерпретация любых проблем и симптомов (например, импотенция трактуется как способность избегать конфликтов в сексуальной сфере, фригидность — как способность телом сказать «нет», анорексия — как способность обходиться минимумом пищи и т.д.).

Особое внимание в позитивной психотерапии уделяется формированию личностной и характерологической гармоничности с помощью предоставления информации о традиционных транскулыуральных способах переработки конфликтов и формирования ценностей.

Когнитивная терапия рассматривает механизмы возникновения различных эмоциональных феноменов и невротических симптомов в связи с имеющимися у пациента отклонениями в оценке реальной действительности в виде «систематических предубеждений». Считается, что эмоциональные расстройства возникают из-за «когнитивной уязвимости» — предрасположенности к стрессу в силу использования при анализе внешних событий жестоко заданных иррациональных заблуждений («когнитивных искажений»). Среди них выделяются:

- сверхгенерализация (неоправданное обобщение на основании единичного случая);
- катастрофизация (преувеличение последствий каких-либо событий);
- произвольность умозаключений (бездоказательность и противоречивость при вынесении умозаключений);
- персонализация (склонность интерпретировать события в контексте личных значений);
- дихотомичность мышления (склонность к использованию в мышлении крайностей);
- выборочность абстрагирования (концептуализация ситуации на основе детали, извлеченной из контекста).

Целью когнитивной терапии является исправление ошибочной переработки информации и модификация убеждений в сторону их рационализации и выработки жизненной стратегии здравого смысла.

Разновидностью когнитивной терапии считается **рационально-эмотивная терапия,** нацеливающаяся на искоренение когнитивных искажений и т.н. иррациональных установок и

мыслей, которые могут лежать в основе невротического конфликта. A.Ellis описал двенадцать основных иррациональных идей, которые в процессе консультирования должны быть исправлены:

1. Для взрослого человека совершенно необходимо, чтобы каждый его шаг был привлекателен для окружающих.

2. Есть поступки порочные, скверные. И повинных в них следует строго наказывать.

3. Это катастрофа, когда все идет не так, как хотелось бы.

4. Все беды навязаны нам извне — людьми или обстоятельствами.

5. Если что-то пугает или вызывает опасение — постоянно будь начеку.

6. Легче избегать ответственности и трудностей, чем их преодолевать.

7. Каждый нуждается в чем-то более сильном и значительном, чем то, что он ощущает в себе.

8. Нужно быть во всех отношениях компетентным, адекватным, разумным и успешным.

9. То, что сильно повлияло на вашу жизнь один раз, всегда будет влиять на нее.

10. На наше благополучие влияют поступки других людей, поэтому надо сделать все, чтобы эти люди изменялись в желаемом для нас направлении.

11. Плыть по течению и ничего не предпринимать — вот путь к счастью.

12. Мы не властны над своими эмоциями и не можем не испытывать их.

В соответствии с принципами рационально-эмотивной терапии со стороны клиента или пациента должен произойти «отказ от требований» к действительности и самому себе, основанных на[1] иррациональных идеях (установках), которые делятся на четыре группы: *установки долженствования* («люди должны быть честными», «супруг должен быть верным»); *катастрофические установки* («все ужасно и непоправимо»); *установка обязательной реализации своих потребностей* («я должен быть счастлив»); *оценочная установка*. Основным способом терапии является сократовский диалог — когнитивный диспут с использованием законов логики.

На логическом переубеждении клиента или пациента ос-

нован также метод рациональной **психотерапии,** направленный на обучение человека правильному мышлению, избегание логических ошибок и заблуждений с целью предотвращения появления невротических симптомов.

Психотерапия «здравым смыслом» включает в себя, наряду с элементами рациональной психотерапии, т.е. переубеждения человека на основании логической аргументации и формирования правильного мышления, основанного на определенности, последовательности и доказательности, становление многовариантного способа осмысления действительности. Он противопоставляется одновариантному (ригидному), являющемуся частью патологического мыслительного паттерна при т.н. каузальной атрибуции. Базой личностной позиции при психотерапии «здравым смыслом» считается т.н. антиципационная состоятельность — способность человека предвосхищать ход событий, строить процесс прогнозирования на многовариантной гибкой основе, используя прошлый жизненный опыт. В рамках разработанного нами (В.Д.Менделевич) **антиципационного тренинга** проводится консультирование, направленное на развитие антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) с целью предвосхищения психотравмирующих ситуаций, собственных эмоциональных феноменов. Антиципационный тренинг можно причислить к группе методов психотерапии «здравым смыслом», поскольку он включают в себя, наряду с элементами рациональной психотерапии, становление многовариантного способа осмысления действительности. Он противопоставляется одновариантному (ригидному), являющемуся частью патологического мыслительного паттерна при так называемой неврозопродуцирующей каузальной атрибуции. Считается, что гармоничные характерологические черты и свойства личности, а также неврозоустойчивость способны формироваться лишь в случае использования таких принципов антиципационного тренинга, как: а) *отказ от претензий* («мне никто ничего не Должен»); б) *отказ от однозначности* (при истолковании происходящих событий — «это может значить все, что угодно»); в) *отказ от фатальности* (при истолковании будущих событий — «все возможно»); г) *выработка стратегии «антиципирующего совладания» и «предвосхищающей печали»* взамен «предвосхищающей радости».

Принцип отказа от претензий является одним из основополагающих в структуре антиципационного тренинга. Это связано с тем, что установка долженствования по отношению к происходящему вокруг человека и внутри его приводит к формированию патогенных паттернов осмысления действительности, выражающихся в двух разновидностях экспектаций потенциального невротика: «мне все должны» или «я всем должен». Подобная жизненная позиция приводит к становлению неврозогенного моновариантного или поливариантного типов вероятностного прогнозирования. Сходные закономерности можно обнаружить и при игнорировании использования в жизни принципов однозначности и фатальности.

Сутью принципа выработки стратегии «антиципирующего совладания» («предвосхищающей печали») является изменение ригидной личностной позиции в отношении способов прогнозирования будущих событий и тренинг навыков мн.оговариантного прогнозирования. Цель изменения ригидной моновариантной личностной позиции пациента достигается в процессе психологического консультирования с использованием метода «сократического диалога», демонстрации психотерапевтом фактов связи невротических расстройств и преморбидной специфики прогнозирования жизненных ситуаций. Упор при этом делается на факте частого расхождения прогнозов, делавшихся пациентом, в отношении вероятности возникновения тех или иных ситуаций и реально происходившими событиями. В совместных психотерапевтических беседах (консультациях) психотерапевт производит анализ данных случаев, нацеливаясь на убеждение пациента в том, что отказ от прогнозирования вероятных, но негативных событий в его жизни является устойчивой стратегией и вызывает невротические расстройства. Наряду с этим используются методики «контрастирования» и транскультуральных корреляций. Процесс собственно антиципационного тренинга, который можно назвать психокоррекционным, включает индивидуальные и групповые занятия, во время которых происходит проигрывание (и обсуждение) разнообразных высоко актуальных жизненных событий: измена, развод, увольнение, предательство, смерть близкого, неблагодарность со стороны окружающих и пр. Во время данных занятий происходит выработка стратегии многовариантного прогнозирования и «антиципирующего совладания», основным девизом которого

является «надейся на лучшее, но готовься к худшему». Нередко в качестве инструментария для антиципационного тренинга используется модифицированный тест фрустрационной толерантности Розенцвейга.

Психотерапевтическая методика, названная антиципационным тренингом, доказала свою эффективность в терапии 355 пациентов с невротическими расстройствами тревожно-фобического и обсессивно-компульсивного круга, а также соматоформной вегетативной дисфункцией. Следует признать, что антиципационный тренинг обладает меньшей эффективностью при лечении диссоциативных (конверсионных), ипохондрических расстройств, а также при посттравматических стрессовых расстройствах.

Психологическая коррекция невротических расстройств

Целями применения психологической коррекции (психокоррекции) являются оптимизация, исправление и приведение в норму каких-либо психических функций человека, отклонений от оптимального уровня его индивидуально-психологических особенностей и способностей. Выделяется пять видов стратегий психокоррекции (Шевченко Ю.С., 1995):

1. Психокоррекция отдельных психических функций и компонентов психики (внимание, память, конструктивное и вербальное мышление, фонематическое восприятие, ручная умелость, познавательная деятельность и т.д.) либо коррекция личности.
2. Директивная или недирективная стратегия психокоррекционного воздействия.
3. Коррекция, направленная на индивида или сконцентрированная на семье.
4. Психокоррекция в форме индивидуальных или групповых занятий.
5. Психокоррекция как компонент клинической психотерапии в комплексном лечении нервно-психических заболеваний либо как основной и ведущий метод психологического воздействия на человека с отклонениями в поведении и социальной адаптации.

Психокоррекционные мероприятия при невротических Расстройствах нацелены в первую очередь на выработку адекватных (взамен неадекватным) невротических или неврозопродуцирующих стереотипов поведения.

В отличие от психологического консультирования при психокоррекции роль пациента оказывается не столь активной и даже чаще пассивной. Коррекция подразумевает выработку новых психологически адекватных и выгодных навыков в процессе специально разработанных тренинговых программ. Активность пациента заключается лишь в желании измениться, но отнюдь не в экзистенциальной работе над собой, как при консультировании. Человек готов «вручить себя» психотерапевту или клиническому психологу для того, чтобы тот восполнил имеющиеся недостатки, исправил отклонения, привил новые умения и навыки. В рамках психокоррекции невротических симптомов речь идет о выработке навыков саногенного поведения взамен патогенного. Даже если речь идет о психокоррекции личностных или характерологических свойств, то имеется ввиду, что основным способом изменений и психологической помощи должен быть процесс научения эффективному принятию себя и реальности, а не философское осмысление своего места в мире, своих возможностей и способностей.

Психокоррекция в отличие от психологического консультирования использует в качестве основных методов *манипулирование, формирование и управление человеком,* имея четкие представления об искомом состоянии, уровне развития психических функций или индивидуально-личностных качеств. Заданными оказываются эталоны и идеалы. Человек выступает в роли материала, из которого «лепится» оптимальный для него или идеальный для окружения образ. Ответственность за психологические изменения ложится исключительно на психотерапевта или психолога. Классическим является спектр манипулятивных методик: от советов Карнеги до нейролингвистического программирования и разнообразных тренингов (личностного роста,' сексуальный тренинг и пр.).

В неврозологии психокоррекция используется при выявляемых у пациента психологических проблемах и невротических конфликтах, возникающих на базе характерологических девиаций и личностных аномалий, а также при столкновении с психотравмами. Выработка оптимальных навыков происходит в процессе тренингов, среди которых наиболее известными являются: **аутотренинг, поведенческая (бихевиоральная) терапия, нейролингвистическое программирование, психодрама, трансактный анализ (E.Bern).**

Аутогенная тренировка (аутотренинг) является методикой, направленной на овладение навыками психической саморегуляции с помощью релаксационных способов. Под релаксацией (расслаблением) понимается состояние бодрствования, характеризующееся пониженной психофизиологической активностью, ощущаемое либо во всем организме, либо в любой его системе. В психотерапии и клинической психологии, особенно при психосоматических расстройствах и заболеваниях, используются такие разновидности, как собственно аутогенная тренировка с т.н. нервно-мышечной релаксацией и методика биологически обратной связи.

При *прогрессивной мышечной релаксации* происходит обучение человека контролированию состояния мышц и вызыванию релаксации (расслабления) в определенных группах мышц с целью снятия вторичного эмоционального напряжения. Аутогенная тренировка проводится в несколько этапов, направленных на освоение упражнений по ослаблению нервно-мышечного напряжения в конкретной мышце или группе мышц, с последующим становлением «привычки отдыхать».

Методика *биологически обратной связи* построена по принципу условно-рефлекторного закрепления навыка изменять свое соматическое состояние при контролировании его с помощью различных приборов (рис. 4).

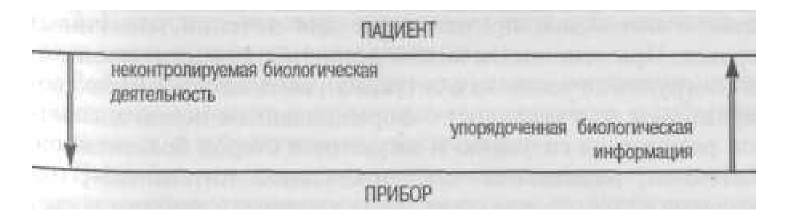


Рисунок 4. Схема действия методики биологически обратной связи

В процессе тренинга пациент самостоятельно контролирует с помощью прибора биологическое функционирование своего организма (от скорости протекания элементарных биохимических реакций до сложных видов деятельности) и обучается изменять его, применяя различные способы саморегуляции. Выделяют следующие типы биологической обратной связи (А.А.Александров):

- электромиографическая биообратная связь;
- температурная биообратная связь;
- электрокожная биообратная связь;
- электроэнцефалографическая биообратная связь.

При электромиографической биообратной связи происходит научение процессу расслабления конкретной мышцы или групп мышц, а также общей релаксации. Методика температурной биологической обратной связи позволяет обрести навыки расширения и сужения периферических сосудов, что приводит к изменению температуры конечностей и тела. Электрокожная биообратная связь дает возможность научиться контролировать кожно-гальванические реакции, влияя на симпатическую нервную активность. При электроэнцефалографической биообратной связи происходит формирование навыков изменения биоэлектрической активности головного мозга при помощи изменения соотношения волн различной частоты и, в первую очередь, увеличения альфа-активности для снижения уровня возбудимости и успокоения.

Поведенческая психотерапия изобилует методиками, основанными на выработке условно-рефлекторной деятельности с целью купирования психопатологической симптоматики или навыков адекватных привычек взамен неадекватных, невротических. Наиболее известными методиками являются методики *«систематической десенсибилизации»* и *«парадоксальной интенции»,* применяемые для лечения навязчивых страхов. При «систематической десенсибилизации» происходит погружение человека в ситуацию, вызывающую страх (воображаемое или реальное) с формированием новой адекватной реакции на ситуацию и затуханием старой болезненной. Методика, называемая «парадоксальной- интенцией», направлена на изменение отношения пациента к фобиям за счет «переворачивания» этого отношения и доведения ситуации до абсурда (при эрейтофобии, страхе покраснеть надо настроить себя так: «Ну, покажи-ка всем, как ты умеешь краснеть. Пусть все увидят, как это тебе удается»). Задача парадоксальной интенции — лишить эмоционально негативного подкрепления страхов, заменив их на иронию и юмор.

Нейролингвистическое программирование представляет собой систему психологических манипуляций на основании изучения лингвистической мета-модели человека, суть которой заключена в признании шаблонности для каждой группы людей

или одного человека лингвистической системы познания мира и самого себя, выражения чувств и решения проблем. Для этого в нейролингвистическом программировании (НЛП) существует понятие модальности — наиболее типичного и характерного для индивида способа восприятия и отражения окружающей реальности. Выделяют три разновидности модальности: визуальная, аудиальная и кинестетическая. После выявления доминирующей модальности человека предполагается коррекция его поведения, которая может самим человеком осознаваться или не осознаваться. В первом случае можно говорить об управлении индивидом, во втором — о манипулировании им с помощью вербальных и невербальных методов. Целью программирования является выработка определенной стратегии поведения, желательной для человека или окружения.

В рамках нейролингвистического программирования используется несколько техник: «якорение», «взмах», «взрыв», «метафора». Основным же считается «рефрейминг» — переформирование личности, придание ей новой заданной формы. В основе рефрейминга лежат следующие базовые положения нейролингвистического программирования:

1. Любой симптом, любая реакция либо поведение человека изначально носят защитный характер и поэтому полезны; вредными они считаются только тогда, когда используются в несоответствующем контексте.

2. У каждого человека существует своя субъективная модель мира, которую можно изменить.

3. Каждый человек обладает скрытыми ресурсами, позволяющими изменить и субъективное восприятие, и субъективный опыт, и субъективную модель мира.

Рефрейминг осуществляется чаще всего в шесть этапов. На первом определяется симптом; на втором пациенту предлагается произвести своеобразное расщепление себя на части (здоровую и патологическую, представленную симптомом), вступить в контакт с частью, отвечающей за формирование и проявление симптома, и осмыслить механизм его возникновения; на третьем — производится отделение симптома от первоначального мотива (намерения); на четвертом - обнаружение новой части, способной удовлетворить это намерение иными путями с «постановкой якоря» (ассоциативной связи между событиями или мыслями); на пятом и шестом — формирование согласия всего «Я» на новую связь.

В процессе **психодрамы** происходит разыгрывание человеком ролей с целью изучения внутреннего мира и выработки навыков оптимального социального поведения. Как правило, психодрама используется при наличии у индивида характерологических девиаций и «комплекса неполноценности». Человек в процессе игровой деятельности усваивает стереотипы поведения в различных жизненных ситуациях, апробирует их, выбирает наиболее подходящие ему и тем самым преодолевает коммуникационные проблемы.

Трансактный **анализ** рассматривает личность человека как совокупность трех состояний «Я», условно названных Родитель, Взрослый и Ребенок. Сутью их является генетически запрограммированный паттерн поведения и проявления эмоциональных реакций. Ребенок проявляет себя инфантильными чертами характера и отношения к реальности, Взрослый — признаками зрелой психической деятельности, а Родитель характеризуется наличием нормативных и оценивающих стереотипов поведения. Психологическое взаимодействие, с точки зрения E.Bern, происходит в виде диадного контакта (трансакции) при использовании тех или иных ролей. Основная цель трансактного анализа состоит в том, чтобы дать понять индивиду особенности его взаимодействия с окружающими с помощью соответствующей терминологии и обучить его нормативному и оптимальному поведению.

Психотерапия невротических расстройств

Психотерапия — это один из видов оказания психологической помощи и психологического воздействия на пациента с целью купирования психопатологической (в первую очередь невротической и психосоматической) симптоматики. Как было показано выше, психотерапия относится к сфере медицинской деятельности, поскольку: а) сочетает в себе психологические и общемедицинские знания в отношении показаний и противопоказаний; б) накладывает на психотерапевта ответственность (в том числе уголовную) за ненадлежащее или несоответствующее (неквалифицированное) использование методов и способов психотерапии.

Одним из основных критериев дифференциации медицинской от немедицинской психотерапии (т.е. от психологического консультирования и психокоррекции), с нашей точки зрения, следует считать использование первой *измененных состо-*

яний сознания. Можно предполагать, что именно данный параметр следует положить в основу разграничения двух ветвей психотерапии, поскольку он носит сугубо медицинский характер и для оказания подобного психологического воздействия медицинское (врачебное) образование и умения являются обязательными. В то время как при использовании психологического консультирования и психокоррекции более важным является психологическая подготовка специалиста.

Вопрос об изменении сознания в процессе психотерапии является крайне сложным, поскольку само понимание сознания имеет медицинскую и немедицинскую модели. Существуют десятки и даже сотни концепций сознания. Большинство авторов сходятся в том, что измененные состояния сознания включают как минимум три разновидности: трансовые состояния (гипноз, самогипноз, ритуальный транс), особые состояния (сверхбодрствование, индуктивное, предсмертное) и состояние сна. В связи с попыткой обнаружить принципиальные различия между психологической и медицинской моделью психотерапии обоснованным представляется обращение к исследованиям К.Ясперса о ясности и изменениях сознания. По его представлениям, «ясность сознания требует, чтобы то, о чем я думаю, с полной отчетливостью находилось передо мной; чтобы я знал, что делаю, и хотел делать это; чтобы то, что я переживаю, было связано с моим «Я» и сохраняло свою целостность в контексте моей памяти». Таким образом, важными характеристиками ясности сознания становятся осознанность произвольной деятельности человека и самосознание. Анализируя последний параметр в ракурсе психотерапии, можно сослаться еще на один аспект исследований К.Ясперса (1997), описывающий четыре формальных признака сознания «Я»: 1) чувство деятельности — осознание себя в качестве активного существа; 2) осознание собственного единства — в каждый данный момент я сознаю, что я един; 3) осознание собственной идентичности — я остаюсь тем, кем был всегда; 4) осознание того, что «Я» отлично от остального мира, от всего, что не является «Я».

Отталкиваясь от вышеперечисленных критериев ясного сознания, можно выделить параметры измененных состояний сознания как антитезы первых. Обоснованным представляется выделение таких диагностических параметров, как: нарушение (снижение или инверсия) волевой регуляции соб-

ственного поведения (активности), нарушение осознания собственного единства и идентификации личности. Следует признать, что измененные состояния сознания могут носить различную степень выраженности: от тотальных и грубых до частичных, изолированных и слабо выраженных. К состояниям измененного сознания в психиатрии традиционно относят состояния выключенного (обнубиляции, оглушение, сопор, кома) и расстроенного (аменция, онейроид, делирий, сумеречное помрачение) сознания. Специфическими изменениями сознания при использовании методов психологического воздействия считаются трансы различной глубины. По мнению Л.Шертока, транс характеризуется следующими критериями: потерей контроля своего поведения, утратой контакта с окружающей действительностью и утратой «функции негативности сознания» с формированием «структурной регрессии» к архаическому типу функционирования. C.Naranjo, R.E.Ornstein выделили три разновидности состояний измененного сознания при медитации: потеря сознания, фокусированное сознание и рассеянное сознание. К примеру, при гипнотическом воздействии происходит «подавление сознания, ограничение восприятия окружающего мира и ограничение волевой деятельности человека». Известная шкала Дэвида и Хусбэнда описывает клинические признаки гипнотических трансов различной глубины. В соответствии с ней, с углублением транса, т.е. утяжелением состояния измененного сознания, происходит нарастание дезорганизации личности и появление психопатологических феноменов (иллюзий, галлюцинаций и пр.). По данным Л.Шертока, выделяется тридцать стадий гипноза, и следовательно, широкое разнообразие изменений сознания. При самовнушении и техниках медитации уровень сознания способен флюктуировать от «пассивного бодрствования до фазовых состояний сознания при ослаблении рефлексии сознания». Эриксоновская техника наведения транса приводит, как правило, к усилению способности видеть, слышать, чувствовать, т.е. направленность изменений сознания оказывается противоположной гипнотическому трансу. Основой этих методик становится искажение процессов внимания, на которые указывали К.Ясперс и М.Эриксон. Последний признал, что основой действия его методики является внутренняя фокусировка внимания. Достижение измененных состояний сознания

(трансов) в рамках иных, кроме перечисленных, психотерапевтических методик происходит, например, с помощью гипервентиляции (методика холотропного дыхания по С.Грофу), аффективной насыщенности и остроты переживаний (эмоционально-стрессовая психотерапия, катарсис, якорение, визуально-кинестетическая диссоциация и рейфреминг в нейролингвистическом программировании и др.), методов психолингвистики.

Традиционно выделяют три подхода при проведении психотерапии: *психодинамический, поведенческий (бихевиоральный) и феноменологический.* Их различия представлены в таблице 17 (N.Karasu).

Целью психотерапии в узком понимании термина становится исцеление пациента от психопатологической симптоматики в рамках невротических, характерологических (личностных) или психосоматических расстройств. Выбор конкретной психотерапевтической методики зависит от ряда объективных и субъективных факторов. Среди объективных выделяется:

- характер психопатологического симптома (синдрома);
- этиопатогенез психических расстройств;
- индивидуально-психологические особенности пациента.

Среди субъективных параметров важное значение придается: а) индивидуально-психологическим особенностям психотерапевта; б) широте его психотерапевтических знаний и навыков; в) ситуационным моментам (наличие времени и соответствующего места для проведения психотерапевтического сеанса).

Ориентация на выделенные клинические параметры обосновывается эффективностью тех или иных методик, практикуемых теми или иными психотерапевтами при определенных психических состояниях и процессах пациента.

Наиболее известными и распространенными психотерапевтическими методами являются: **суггестивные (гипноз и иные формы внушения), психоаналитические (психодинамические), поведенческие, феноменологически-гуманистические (к примеру, гештальт-терапия),** используемые в индивидуальной, коллективной и групповой формах.

Под **суггестивными методами** понимаются разнообразные психологические воздействия с помощью прямого или косвенного внушения, т.е. вербального или невербального влия-

Таблица 17

Различия психотерапевтических подходов

Основные тематические параметры	Динамический подход	Поведенческий подход	Феноменологический подход
Природа человека	Движется сексуальными и агрессивными инстинктами	Продукт социального научения и обусловливания; ведет себя на основании прошлого опыта	Имеет свободную волю и способность к самоопределению и самоактуализации
Основная проблема	Сексуальное подавление	Тревога	Психическое отчуждение
Концепция патологии	Конфликты в сфере инстинктов: бессознательные ранние либидозные влечения	Приобретенные стереотипы поведения	Экзистенциальное отчуждение: утрата возможностей, расщепление «Я», рассогласование между мыслями, чувствами и поведением (потеря аутентичности)
Концепция здоровья	Разрешение интрапсихических конфликтов: победа «Эго» над «Ид», т.е. сила «Эго»	Устранение симптомов: отсутствие специфического симптома или снижение тревоги	Актуализация личностного потенциала: рост «Я», аутентичность и спонтанность
Вид изменения	Глубинный инсайт: понимание раннего прошлого	Прямое научение: поведение в текущем настоящем, т.е. действие или действие в воображении	Непосредственное переживание: ощущение или чувство в данный момент
Временной подход и «фокус»	Исторический: субъективное прошлое	Неисторический: объективное настоящее	Отсутствие историзма: феноменологический момент («здесь-и-сейчас»)
*Задачи*терапевта	Понять бессознательное психическое содержание и его историческое, скрытое значение	Программировать, подкреплять, подавлять или формировать специфические поведенческие реакции для устранения тревоги	Взаимодействовать в атмосфере взаимного принятия, способствующей самовыражению (от физического до душевного)
Основные техники	Интерпретация. Материал: свободные ассоциации,сновидения, обыденное поведение, перенос и сопротивление	Обусловливание: систематическая десенсибилизация, позитивное и негативное подкрепление, моделирование	«Энкаунтер» («встреча»): равное участие в диалоге, эксперименты или игры, драматизация или разыгрывание чувств
Роль терапевта	Нейтральная. Помогает пациенту исследовать значение свободных ассоциаций и другого материала из бессознательного	Учитель (тренер). Помогает пациенту заменять дезадаптивное поведение на адаптивное. Активный, ориентированный на действие	Фасилитатор (ускоритель) роста личности
Характер связи между терапевтом и пациентом	Трансферентная и первостепенная для лечения: нереальные взаимоотношения	Реальная, но второстепенная для лечения: взаимоотношения отсутствуют	Реальная и первостепенная для лечения: реальные взаимоотношения
Лечебная модель	Медицинская: врач—пациент. Авторитарная. Терапевтический союз	Образовательная: преподаватель—ученик. Авторитарная. Учебный союз	Экзистенциальная: общение двух равных людей. Эгалитарная (равноправная). Человеческий союз

ния на человека с целью создания у него определенного состояния или побуждения к определенным действиям. Нередко внушение сопровождается изменением сознания пациента, созданием специфического настроя к восприятию информации со стороны психотерапевта. Оказание суггестивного воздействия подразумевает наличие у человека особых качеств психической деятельности: внушаемости и гипнабельности. *Внушаемость* — это способность некритично (без участия воли) воспринимать получаемую информацию и легко поддаваться убеждению в сочетании с признаки повышенной доверчивости, наивности и иных черт инфантилизма. *Гипнабельность* — это психофизиологическая способность (восприимчивость) легко и беспрепятственно входить в гипнотическое состояние, поддаваться гипнозу, т.е. изменять уровень сознания с формированием переходных между сном и бодрствованием состояний.

Выделяют три стадии гипноза: летаргическую, каталептическую и сомнамбулическую. При первой у человека возникают сонливость, при второй - признаки каталепсии - восковая гибкость, ступор (обездвиженность), мутизм, при третьей - полная отрешенность от реальности, снохождения и внушенные образы. Применение гипнотерапии является обоснованным при истерических невротических, диссоциативных (конверсионных) расстройствах и истерических личностных расстройствах.

Внушение, используемое в виде гетеросуггестии (внушения, производимого другим лицом) и аутосуггестии (самовнушения), направлено на снятие эмоциональных невротических симптомов, нормализацию психического состояния человека в кризисные периоды, после воздействия психических травм и как способ психопрофилактики. Эффективно применение суггестивных методов психотерапии для снятия психологических дезадаптивных типов реагирования индивида на соматическое заболевание. Используют косвенные и прямые способы внушения. При косвенном прибегают к помощи добавочного раздражителя.

Психоаналитическая психотерапия исходит из бессознательного механизма формирования психопатологической симптоматики (невротической, психосоматической) и вследствие этого направлена на перевод бессознательных влечений в сознание человека, их переработку и отреагирование. В классическом психоанализе выделяются такие психотерапев-

тические методики, как: *метод свободных ассоциаций, реакции переноса и сопротивления*. При применении метода свободных ассоциаций человек продуцирует поток мыслей, воспоминаний детства, не поддавая их анализу и критике, а психотерапевт-психоаналитик оценивает их, рассортировывая в зависимости от значимости, стараясь выявить вытесненные из сознания патогенные детские переживания. Затем от пациента требуется отреагирование (катарсис) значимых переживаний с целью избавления от их негативного влияния на психическую деятельность. Сходным образом происходит процесс терапии при анализе сновидений, ошибочных действий (описок и оговорок) человека, за которыми, как считается в психоанализе, стоит символическое обозначение симптомов и проблем в связи с вытеснением их из сознания.

Основным показанием для применения психоаналитической психотерапии является *анализируемость пациента* (феномен, сходный с гипнабельностью и внушаемостью в суггестивной психотерапии), зависящая от личностных особенностей пациента, в первую очередь, от интенсивности мотивации на длительный процесс терапии, а также от способности снять контроль над своими мыслями и чувствами и способности к идентификации с другими людьми. К противопоказаниям относят истерические личностные расстройства.

Поведенческая психотерапия описана в разделе психокоррекционных мероприятий, поскольку она не является в полной мере терапевтически направленной. Суть ее не купирование, т.е. лечение психопатологической симптоматики, внедрение в процесс этиопатогенеза заболевания, но научение и тренинг.

Когнитивную психотерапию справедливее отнести к методам консультирования, чем к терапии. Это связано с формированием личностной позиции в большей степени с помощью методов диалога и партнерства между пациентом (клиентом) и терапевтом.

Из феноменологически-гуманистического направления психотерапии, также близкого к психологическому консультированию, наиболее технически разработанной является **гештальт-терапия.** К основным методикам гештальт-терапии относятся: упражнения, направленные на расширение осознания с использованием принципа «здесь и теперь»; формирование завершенных гештальтов с помощью интеграции противоположностей; работа с мечтами и др.

Психотерапия невротических расстройств у детей

Психотерапия детей раннего возраста

Развитие психотерапевтической теории и практики логически подводит к необходимости перехода от аналитической переработки ранних инфантильных конфликтов и бихевиорального исправления архаического невротизирующего опыта у взрослых пациентов к их профилактике и своевременной лечебной коррекции у детей раннего возраста.

Разработка принципов и методик психотерапии детей первых лет жизни осуществляется в контексте бурно развивающихся за рубежом и делающих в нашей стране свои первые шаги «микропсихиатрии» и «микропсихологии». Среди концептуальных позиций современных исследований в области психолого-психотерапевтической помощи детям от 0 до 3 лет можно выделить следующие. Основной *моделью изучения* и воздействия для психотерапевтов остается диада «мать-дитя», хотя последнее время все больше внимания уделяется роли отца, возрастающей по мере взросления ребенка, а также взаимоотношениям активно социализирующегося малыша с прародителями, сибсами и другими значимыми лицами. Основной *сферой исследования* «систем индивидуального и семейного развития» является первичное формирование отношений и привязанностей ребенка как важной специфической задачи, имеющей значение для последующего эмоционального общения. Основным *способом получения фактологического материала* о разных аспектах «нахождения вместе» для большинства исследователей служит аудиовизуальный анализ поведения и терапии, позволяющий фиксировать невербальные проявления потребностей ребенка, эмоциональной отзывчивости и сопротивления проблемным ситуациям, которые пробуждают и регулируют поддерживающее поведение опекуна, включают его интуитивное руководство развитием у ребенка функций общения и интеграции. В качестве *основного оценочного критерия* в работе с детьми раннего возраста используются формализованные шкалы и опросники, данные регулярных (ежемесячных) бесед с родителями, а также сравнительные наблюдения за контрольной (общеконсультативной) группой и группой «улучшения чувственной отзывчивости».

Оценивается динамика детско-родительских взаимодействий во время купания, речевого и безречевого контакта, пове-

дение ребенка в свободной игре, во время разлуки и воссоединения с опекуном, адекватность реакций последнего на плач и обращения ребенка.

Основной *целью программ* изучения развития младенца с первых дней жизни, а также в дородовом периоде является выделение групп риска и ранняя диагностика нервно-психических отклонений, что служит условием своевременного оказания помощи ребенку, его матери и семье. *Организационным принципом* профилактических и психотерапевтических проектов является их комплексный характер и смешанный состав бригад, осуществляющих индивидуальную, семейную и групповую терапию, дающих советы по уходу и воспитанию, оказывающих социальную помощь, а также активное перенесение места наблюдения и вмешательства на домашнюю территорию. Прослеживается отчетливая тенденция к разработке интенсивных методов лечебного переучивания и малобюджетных моделей психотерапии, не исключающих последующего длительного наблюдения за динамикой состояния ребенка и его ближайшего окружения.

В качестве *мишеней специальной психотерапии* детей раннего возраста могут фигурировать те или иные конкретные симптомы нервно-психических расстройств сомато-вегетативно-инстинктивного уровня, являющиеся преимущественными для данного контингента (нарушения сна и цикла сон-бодрствование, расстройства питания, терморегуляции, запоры и отказ от дефекации, патологические привычные действия, стереотипное и автономное поведение и т.п.). В других случаях терапевтическая тактика разрабатывается в отношении специфических нарушений развития. Так, в работе с аутистами психотерапевт действует в основном через родителей, корректируя их в той или иной степени лечебными и учебными мерами, либо всецело организовывает профессиональную помощь и индивидуальную терапию, еженедельно посещая детей на дому.

Следует отметить, что возможности экстрапсихических воздействий на интенсивно созревающую и социализирующуюся психику ребенка (в смысле семейной психотерапии, «терапии среды» и «терапии средой»), вплоть до радикального изменения условий существования и моделирования настоящих жизненных сценариев в рамках микропсихотерапии, несравнимо выше, чем в психотерапии любых других возрастов. При этом форма и интенсивность лечебных воздействий не обяза-

тельно должны быть «мягкими» и щадящими, но могут носить и эмоционально-стрессовый (по В.Е.Рожнову) характер. Специальные исследования подтверждают житейскую истину, говорящую о том, что жизненные трудности, испытания и невзгоды, не приведшие к ущербу и диссолюции, оказывают закаляющее действие даже на маленького ребенка. Так, работы этологов (Дерягина М.А., Бутовская М.Л., 1990) показали, что стресс, перенесенный в раннем возрасте, в одних случаях вызывает задержку развития, в других — способствует развитию у ребенка альтруизма и стремления к общению.

Именно такие дети инстинктивно берут на себя роль «ребенка-терапевта» в группе и благотворно влияют на тяжелых и малокурабельных пациентов (Самохвалов В.П., 1995). В связи с этим возникает сомнение в целесообразности организации терапевтических групп, состоящих только из детей-аутистов. Возможно, смешанные нозологические группы являются более предпочтительными. При этом следует учитывать важность организации территориальных инстинктов детей, для которых важны *размер территории, место территории, тип территории, метка территории и границы, коммуникация на территории.* Коммуникация на территории является производной от остальных особенностей организации инстинкта, например ребенок, живущий в большой семье с большой территорией, легче вступает в контакт с новыми детьми и взрослыми (Самохвалов В.П., 1995).

Группу повышенного риска представляют недоношенные дети в течение первых 18 месяцев жизни. Данный факт вызывает у матерей чувство угнетенности, вины и стыда, что отягощается частичной разлученностью с ребенком, пребывающим в отделении неонаталогии и взаимными упреками родителей за прошлые обиды, с которыми связывается неблагоприятное течение беременности. В отношении их осуществляются интуитивно-ориентированная индивидуальная и поддерживающая семейно-групповая психотерапия, а также визиты на дом и воспитание родительской чувствительности с помощью видеоподдержки. Близкие по содержанию терапевтические задачи несут с собой приемные дети и другие случаи, связанные с нарушением привязанности и затруднениями в общении и эмоциональности. Их вторичный характер может быть обусловлен вынужденной сепарацией или отказом от материнства.

Раннее (до полуторалетнего возраста, а порой и значительно более позднее) помещение детей в ясли вызывает адаптационный стресс и способно одномоментно, по механизму импринтинга зафиксировать в долговременной памяти ощущение покинутости, несмотря на объективное и субъективное благополучие в семье. В этом случае любая ситуация оставления ребенка без родителей, потери их из вида (ночевка у прародителей, просьба постоять одному в очереди в магазине, зарослях малины, скрывающих родителей и т.п.) вызывают у него панику и мысли о том, что родители его бросили и ушли навсегда. Особенно тяжелый адаптационный стресс дают дети с невропатией и перинатальной церебральной патологией (Шевченко Ю.С., Бобылева Г.И., Морозова Е.И., 1989; Морозова Е. И., 1999).

Необходимы специальные психотерапевтические программы для домов ребенка. В частности, единственной разумной альтернативой большим учреждениям является искусственная терапевтическая семья во главе с *терапевтической мамой,* способной заниматься с детьми по программам направленных модификаций поведения. Такие программы в этологии называют прайминговыми и полагают, что они исходят из конкретной биологии взаимоотношений матери и ребенка, возможно с момента зачатия. Здесь нам видится определенная концептуальная близость данных программ с принципами онтогенетически ориентированной психотерапии, включающей приемы позитивного регресса и механизмы импринтинга (Шевченко Ю.С., 1997, 1999).

В доме малютки всегда спонтанно образуются искусственные семьи и, благодаря биологии поведения, родительский инстинкт стимулируется у большинства воспитателей. При этом, как и в нормальной семье, там появляются свои «любимчики» и «отверженные», которые сознательно не выделяются «мамами», но легко определяются по позе, мимике, жестам и активности невербального поведения. Тем не менее у тех и других к полутора годам формируется образ искусственной мамы-воспитателя. И если ребенок переводится в другую возрастную группу, в другое помещение и, главное, к другому воспитателю, это является для него (равно как и для «мамы») мощным сепарационным стрессом, приводящим к депрессии с регрессией поведения (в частности, в виде невротического мутизма у половины детей) и замедлению психического раз-

вития. Таким образом, разумным представляется такая организация работы домов ребенка, когда искусственные «семьи» со своими искусственными мамами сохраняются в неизменном составе как можно дольше.

В разработке специальных психотерапевтических подходов нуждаются семьи с безнадежно больными детьми, умирающими от рака, СПИДа, радиационной болезни, семьи детей-инвалидов. Болезнь ребенка предполагает снижение ранга в семейных иерархических отношениях, но дает преимущества в смысле большей материнской любви и опеки. Отсюда условная желательность сохранения данного статуса и ипохондричность. Фиктивность данного способа адаптации обусловлена тем, что биологическому снижению ранга соответствует психологическое понятие «обиды», проявляющееся в поведении подчинения (субмиссии).

Наконец, особую проблему представляют дети матерей с постнатальной депрессией, которой страдают 10-15% первородящих женщин, и послеродовым психозом. Во время разлуки с ними дети проявляют тревогу, агрессию, в период общения формируются неблагоприятные виды привязанности. Психотерапия в таких случаях осуществляется как в отношении супружеской пары, так и в паре мать-ребенок. Терапевтическую бригаду в таких случаях составляют психиатр, детский психиатр, психолог, социальный работник, мед. сестра, работающие вплоть до нормализации психического состояния матери, развития у нее материнского чувства и отзывчивости, которые должны реализовываться в ласковом обращении и адекватном ежедневном уходе за младенцем.

Особенностью психотерапии детей раннего возраста является невозможность объективно оценить эффективность лечебных мероприятий традиционными методами. Это ставит на повестку дня развитие этологического метода качественного и количественного определения как психопатологических характеристик статуса ребенка, так и патопсихологических его констант и переменных. Например, данный метод может верифицировать степень не только депрессии, но и подавленности, не только агрессии, но и агрессивности, определить и тревогу, и тревожность, и страх, и настороженность, и навязчивость, и амбивалентность, и бред, и подозрительность.

Развитие детской психотерапии, в том числе «микропсихотерапии», способно существенно повысить уровень психиче-

ского здоровья населения и, в конечном счете, оказаться экономически более рентабельным, чем терапия увеличивающегося контингента взрослых больных, не получивших своевременной помощи.

Разрабатываемая нами **концепция онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии** (Ю.С.Шевченко, 1994—1999) представляется достаточно перспективной в отношении детей раннего возраста, поскольку предполагает интеграцию собственно лечебных и исправляюще-развивающих (сопровождающих) воздействий на активно формирующуюся психику ребенка и его непосредственное окружение в соответствии с эволютивными закономерностями природно-, индивидуально- и социально-психических структур организма и личности.

Нормализация и оптимизация функционирования, созревания и взаимодействия потребностно-мотивационной, когнитивно-мнестической, социально-коммуникативной и деятельностно-волевой сфер ребенка обеспечиваются, согласно данной концепции, триединством пространственно-временных координат лечебно-воспитательных и социально-психологических воздействий. Решение актуальных проблем конкретного ребенка, находящегося на определенном уровне психофизиологической зрелости (психотерапевтические координаты «здесь и теперь»), дополняется и облегчается позитивным регрессом к формам активности, взаимодействия, эмоционального и когнитивного отражения, характерных для предыдущих этапов онтогенеза (координаты «тогда и там»). Последнее позволяет исправить, дополнить и гармонизировать опыт предшествующего развития, отреагировать негативные события, легшие в основу невротических и дизонтогенетических расстройств, расширить арсенал врожденных механизмов психической саморегуляции. Наконец, элевация психики ребенка в процессе естественного педагогического эксперимента за счет освоения с помощью взрослого зоны ближайшего развития в сфере потребностей, социальных связей и отношений, самосознания и чувственно-эмпирического опыта (координаты «вскоре и вблизи») облегчает решение проблем «сегодняшнего дня» с более высокой ступени социально-психологической зрелости. Кроме того, моделирование и дозированное предъявление вероятных событий ближайшего будущего позволяют подготовить ребенка к пред-

стоящим социально-психологическим и психофизиологическим изменениям условий жизни и посильному овладению этими событиями, сформировать запас прочности, «психологический корсет» в отношении слабых мест его психики, т.е. повысить его жизнестойкость.

Как видно, ориентация медицинских, психологических, педагогических и социальных мероприятий в отношении ребенка не на конкретную психотерапевтическую парадигму (так или иначе тяготеющую к ортодоксальным методическим полюсам — суггестивному, когнитивному, психоаналитическому или бихевиоральному, либо эклектически их интегрирующую), а на более общие естественнонаучные принципы психологии развития позволяет без ущерба для единого методологического стержня использовать самые различные методики и приемы в рамках единой психотерапевтической процедуры. Конкретную реализацию концепция онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии нашла в разработанной нами совместно с В.П.Добриденем (1995, 1998) методике интенсивно-экспрессивной психотерапии и психокоррекции (ИНТЭКС).

Бихевиоральная терапия детей и подростков

Бихевиоральная терапия представляет собой широкий круг методик и приемов, имеющих четкую направленность и предназначенных для изменения специфических форм поведения. В этом ее отличие от психоаналитической терапии, при которой устранение собственно симптома - лишь побочный продукт самопознания и перестройки защитных психологических механизмов. Ортодоксальная бихевиоральная терапия меняет поведение не заботясь об устранении существующей проблемы, лежащей в его основе. Так, например, методику «звонок в постели» (основанную на том же принципе, что и использование аппарата Ласкова) М.Раттер (1987) предпочитает другим психотерапевтически подходам к лечению энуреза.

Теоретической основой бихевиоральной терапии считается тория условных рефлексов И.П.Павлова, а также теория обучения, среди принципов которой важным элементом является систематическая манипуляция внешними воздействиями с целью подкрепления или подавления определенных поведенческих моделей. В тех случаях, когда устранение того или

иного симптома является основной задачей терапии, особенно когда в его сохранении большую роль играют не актуальные болезненные механизмы, а инертные патологические условные рефлексы, составляющие систему «устойчивого патологического состояния» (Бехтерева Н.П., 1980), бихевиоральные приемы представляются предпочтительными и патогенетически обоснованными. В трансактном анализе то же поведение рассматривается в контексте родительских, взрослых или детских механизмов межличностного общения. Смычка между ними — «контракт» между родителями и подростком, заключаемый на уровне «взрослый — взрослый» и предусматривающий наказания за нарушение его пунктов.

- Важнейшей предпосылкой проведения бихевиоральной терапии является внимательный анализ факторов, влияющих на поведение конкретного ребенка, в отношении которого она осуществляется. Перед началом лечения родителям дается задание по диагностике того, что предшествует болезненному поведению, в каких ситуациях оно проявляется, чем провоцируется, какую реакцию окружающих вызывает и как после этого меняется. Параллельно уточняются индивидуальные источники удовольствия и неудовольствия ребенка, которые могли бы быть использованы в качестве модифицирующих (побуждающих, подкрепляющих или наказывающих стимулов и последействий).

К основным приемам бихевиоральной терапии детей и подростков относятся:

1. **Десенсибилизация.** Прием особенно эффективен при лечении фобий и основывается на двух принципах:

• сочетание вызывающих тревогу стимулов с переживанием релаксации и удовольствия, которые в определенной степени несовместимы с чувством страха (например, рассказ о пугающих событиях за десертом, поиск конфеты в темной комнате или игра в жмурки, проведение массажа в темноте, игра с карманным фонариком или бенгальскими огнями для детей со страхом темноты);

• систематическое движение по иерархии вызывающих тревогу состояний, от наименее к наиболее стрессогенным ситуациям (например, при страхе собак ребенку сначала дают поиграть с морскими свинками, затем с маленькими щенятами, потом подводят к спокойным собакам и, наконец, предлагают накормить больших игривых псов).

Важно, чтобы все шаги десенсибилизации были небольшими и тщательно градуированными, с тем, чтобы каждая новая ситуация вызывала лишь легкое состояние волнения, не переходящее в неконтролируемую панику. Каждый последующий шаг по преодолению трудной ситуации предваряется уменьшением уровня тревожности за счет приемов релаксации, аутогенной тренировки. В тяжелых случаях десенсибилизирующая страх серия шагов совершается вначале лишь в воображении. Критерием готовности к переходу на следующий этап сюжетного воображения или функциональной тренировки в реальных условиях является способность оставаться спокойным на предыдущем.

Указанные выше принципы десенсибилизации («подслащивание пилюли» и «стерпится - слюбится») целесообразно использовать при лечении логофобии, когда заикающимся или просто застенчивым пациентам предлагается серия последовательных заданий: 25 раз с помощью других членов семьи обратиться с вопросами к прохожим; 25 обратиться самостоятельно; 25 раз обратиться без слов, с помощью жестов; поторговаться с продавцами на рынке, не пользуясь речью; прочесть незнакомому прохожему стихотворение. В результате такой функциональной тренировки пациенты не только преодолевают свой страх общения, но и приобретают «запас прочности» на тот случай, если поведение собеседника окажется неожиданно стрессогенным.

С другой стороны, в процессе систематической десенсибилизации можно не только дезактуализировать объект, вызывающий страх, но и обогатить индивидуальный опыт ребенка за счет обучения широкому репертуару поведенческих реакций на угрожающую ситуацию. В методике интенсивно-экспрессивой психотерапии (Шевченко Ю.С., Добридень В.П., 1995-1999) это делается следующим образом. Детям предлагается приготовить из кусков картона страшные маски, разрисовав их с обеих сторон и потренировавшись дома в том, как с их помощью они будут пугать остальных участников группы. При этом процесс творчества, предвкушение ожидаемого эффекта от создаваемой маски обусловливают удовольствие, нейтрализующее привычный страх, связанный с проецируемым на картон образом (тот же эффект возникает при раскрашивании ребенком домашних вещей, которые вызывают у него страх. Так, разрисовав днем люстру и тем самым «приручив»

ее, один из наших пациентов перестал пугаться ее в темноте). Эффект привыкания ненавязчиво возникает в процессе обыгрывания маски страха, так как тот же образ, который должен пугать зрителей, на обратной ее стороне контактирует с лицом ребенка, объект и субъект страха буквально «притираются» друг к другу.

На занятиях в группе этот процесс десенсибилизации страха продолжается в процессе выполнения ребенком задания с помощью маски и выразительных движений, звуков, словесных угроз напугать каждого из присутствующих, которые, в свою очередь, получают задание на каждую новую маску реагировать по-разному. Так, одной маске все «подыгрывают», подчеркнуто демонстрируя испуг, со второй конкурируют, показывая, как «правильно» надо пугать, третью маску все высмеивают, четвертой говорят комплимент, пятой выражают сочувствие, шестой задают неожиданный вопрос, седьмую о чем-то просят, восьмой — предлагают помощь, девятой дают совет и т.д.

Наконец, после того, как каждый участник группы продемонстрировал свою маску страха, предлагается следующий прием. Один из участников встает в центр круга, а остальные в масках хором пугают его, проявляя максимум агрессии (и тем самым разряжая ее). В ответ тот, кого пугают, должен громко сказать: «Меня нельзя пугать. Я — хороший!». И на вопрос группы: «А что ты делаешь хорошего?», он называет свои положительные поступки («мою дома посуду», «провожаю сестричку в детский сад», «старательно учу уроки», «помогаю своим друзьям», «борюсь со своими страхами» и т.п.).

Музыкально оформленный вариант данной методики заключается в том, что каждый участник по очереди, а потом все вместе исполняют «танец страха» под соответствующую Драматически насыщенную выразительную музыку («Шествие гномов» Грига, «Баба-Яга» Чайковского и пр.). На эмоциональном пике общего танца музыка неожиданно сменяется На прямо противоположную («В настроении» Миллера, кантРи мьюзик), переводя «шабаш ведьм» в веселую карнавальную пляску.

Преодоление страха осуществляется за счет усвоения чужого опыта поведения в пугающих пациента ситуациях (присутствие при лечении зубов другим детям, наблюдение за тем, как Другие кормят собак и ведут себя при этом совершенно спо-

койно, купание в бассейне вместе с психотерапевтом, в присутствии которого пациент чувствует себя таким же смелым и уверенным). Полезны кинофильмы, в которых объект страха выступает в не страшном, а привлекательном или вызывающем сочувствие и жалость виде («Ко мне, Мухтар», «Соленый пес», «Белый Бим, черное ухо», «Ну, погоди!», «Бетховен» и т.п.). Кстати, после появления мульт-сериала «Ну, погоди!», образ волка исчез из тематики детских страхов. У одного нашего пациента, подростка с навязчивым страхом перелома позвоночника, фобия резко поблекла после посещения им циркового представления с выступлением акробатов.

Как видно, приемы моделирования и переноса логически сочетаются с систематической десенсибилизацией, когда наряду с наблюдением за резвящимися в воде детьми ребенок со страхом купания постепенно приближается к краю бассейна, садится на него, опускает в воду ноги, заходит по колено, по пояс и т.д. Наблюдать за поведением стоматологических больных ребенок со страхом лечить зубы может начать в коридоре, затем в углу врачебного кабинета, сидя в стоматологическом кресле и т.д.

При страхе реалистичного содержания вместо обыгрывания маски страха можно использовать прием перевоплощения в того, кого ребенок боится, и исполнения соответствующей роли в игровой ситуации (врач, уговаривающий пациента открыть рот; учитель, вызывающий учеников к доске; пес, защищающий своего хозяина и т.п.).

2. **Сенсибилизация.** Прием, напоминающий способ мгновенного обучения плаванию с помощью бросания человека из лодки в воду на середине реки, в связи с чем в отношении детей применяется с осторожностью. Обычно первым этапом данного подхода является установление терапевтического альянса с пациентом и обсуждение деталей лечения. Вторым этапом является создание сначала в воображении, реже - сразу в реальности, наиболее стрессогенной ситуации и удержание в ней до тех пор, пока смоделированный лечебный стресс не перейдет в фазу успокоения. Так, больному со страхом загрязнения — мизофобией — и связанными с ним ритуалами отмывания специально пачкают руки и лишают возможности их вымыть. Больного с клаустрофобией (страхом замкнутых пространств) запирают одного в комнате и оставляют там на целый час, сохраняя возможность связаться с

врачом по телефону или разговаривая с ним через дверь. В следующий раз врач «застревает» с ним в лифте между этажами, нажав кнопку «стоп», либо отправляется кататься в метро.

Сенсибилизация, так же как и десенсибилизация, строится по определенной системе, но отличается тем, что каждый раз функциональная тренировка осуществляется в максимально пугающей обстановке. В связи с этим данный подход иногда называют методикой «наводнения». Рекомендуется проводить сенсибилизацию на фоне действия транквилизаторов, снижающих эмоционально-вегетативную реактивность, так как главное в данном варианте бихевиоральной терапии — не провокация тревоги, а привыкание к пугающей ситуации, не приносящей вреда. Помогают специальные занятия, обучающие адекватному целенаправленному поведению в неприятной ситуации (например методичному поиску в комнате ключа от закрытой двери). Сюда же относится использование приемов аутогенной тренировки для снятия лишнего напряжения, визуализация приятных образов воображения, переключение на отвлекающую деятельность. Владение приемами саморегуляции позволяет вводить в тренировку непредвиденные затруднения в случае, если на это получено разрешение больного.

Работающая по принципу сенсибилизации методика холдинг-терапии, используемая при работе с детьми, страдающими ранним детским аутизмом, может применяться для лечения более взрослых детей с агрессивным или негативистичным поведением. В этих случаях для удержания ребенка в тесном телесном контакте с родителем длительное время (до полного прекращения сопротивления, расслабления и установления словесного контакта) тому приходится силой укладывать ребенка на кушетку и наваливаться на него всем своим телом, крепко обнимая и ласково обращаясь с выражением понимания, любви и заботы.

Критическое преодоление патологического страха может произойти при моделировании ситуации, когда патологической ситуации противопоставляется мощная эпикритическая эмоция, обусловленная высокой личностной значимостью Цели, для достижения которой необходимо овладеть собственным поведением. При этом социальный страх побеждает страх за себя («клин клином вышибается»), ответственность за любимого человека заставляет совершать поступки, кото-

чаталась» в память. Повторение процедуры переписывания накапливает неприятие симптома и мотивирует самоконтроль за навыком опрятности.

Как в отношении систематической десенсибилизации существует альтернатива в форме сенсибилизации («наводнения»), так же и методике поэтапных изменений можно противопоставить принцип критической перемены условий, что одномоментно воздействует на паутину условно-рефлекторных связей, удерживающую симптом даже тогда, когда сформировавшие его механизмы уже перестали действовать. Так, перед выпиской из стационара детей с двигательными навязчивостями, патологически привычными действиями, ритуальным поведением и т.п. родителям дается рекомендация кардинально изменить домашний интерьер (переставить мебель, переселить ребенка в другую комнату, приобрести ему новую кровать или новый письменный стол, купить ему новую «взрослую» пижаму, наклеить новые обои и т.д.), дабы, вернувшись «с новым здоровьем», он начал жить в новой обстановке, не напоминающей ту, в которой он заболел.

4. **Подходы, использующие обратную связь.** В тех случаях, когда пациент плохо представляет себе суть происходящего и не имеет возможности получить сенсорную информацию о своих телесных и физиологических процессах, используются различные приспособления, опосредующие так называемую биологическую обратную связь. При этом наглядно-чувственная информация может отражать различный уровень обеспечения контролируемой функции или навыка: мышечный тонус, элементарные движения, сложные действия, общее поведение. С помощью аппарата «Миотоник-2», снимающего показатели электрической активности соответствующих групп мышц через накожные электроды, можно обучать пациентов с искривлением осанки активно ее контролировать, проверяя эффективность собственных усилий по положению стрелки на циферблате. Соотнеся свои проприоцептивные ощущения с нужным положением стрелки при нормальном положении тела, пациент в последующем, даже не видя себя в зеркале, может произвольно регулировать в нужном направлении тонус соответствующих мышц, обеспечивающих нормальную осанку, ориентируясь на эти ощущения.

Таков же принцип использования электромиографа при лечении функциональных гиперкинезов, когда пациент учит-

ся расслаблять нужные мышцы в момент их непроизвольного напряжения. Лечение, таким образом, не устраняет самой причины патофизиологических спазмов, но обеспечивает контроль над ними и коррекцию. При писчем спазме чрезмерное сжимание ручки во время письма контролируется тем, что в этот момент стержень уходит вовнутрь и ребенок должен расслабить пальцы, чтобы продолжить письмо. Данное приспособление было бы весьма полезным для первоклассников и лиц с плохим почерком, поскольку совет «Не сжимай так сильно ручку» дополняется конкретным сигналом о том, как ее надо сжимать.

Актография при сохранных мышцах, но не контролируемых сознанием движениях осуществляется с использованием сигнала о выходе частей тела, участвующих в том ли ином акте, за допустимые пространственные границы. Так, засыпающего за рулем водителя пробуждает аппарат, реагирующий на чрезмерное опускание головы. Такой аппарат можно использовать при лечении привычной яктации (раскачиваний).

При лечении патологических привычных действий в форме трихотилломании (выдергивание волос), онихофагии (грызение ногтей), мастурбации, сосания пальца эффективно использовать оригинальный запатентованный аппарат, работающий по принципу радиолокации (Шевченко Ю.С., Васильев М.В., 1994). Суть методики заключается в том, что как только участвующие в привычном действии участки тела (кисть руки и волосистая часть головы, пальцы и рот, рука и бедра) сближаются на критическое расстояние, между закрепленными на них передающей и воспринимающей антеннами срабатывает электромагнитная связь и раздается звуковой сигнал, привлекающий внимание пациента. Это позволяет вовремя использовать приемы саморегуляции, предупреждающие осуществление привычного автоматизированного Поведенческого навыка, который часто начинается незаметно Для больного.

Для умственно отсталых детей, неопрятных в дневное время суток, существует так называемый музыкальный горшок, Который звонит во время мочеиспускания, привлекая детей Пользоваться им, а не мочиться под себя или где попало.

В соответствии с опережающим принципом формирования условного рефлекса (по И.П.Павлову) более физиологичным было бы возникновение будящего сигнала в упоминав-

шемся уже аппарате Ласкова не в момент начала непроизвольного выделения мочи, а до этого (например, в момент «критического» наполнения мочевого пузыря, что возможно с помощью миограммы его стенки).

В определенном смысле принципу биологической обратной связи соответствует перевод контроля за пищевым поведением больных нервной (психической) анорексией с внешнего вида («худой» — «толстый») или количества принимаемой пищи («мало» — «много») на показатели ежедневной прибавки в весе и соответствия последнего физиологической возрастной норме. При этом объективизация контроля поведения (пациент каждое утро взвешивается на одних и тех же весах) облегчает жесткое проведение бихевиорального принципа непосредственного («здесь и сейчас») реагирования с целью поощрения или наказания. Последнее может градуироваться по степени (от угрозы госпитализации и назначения уколов до постельного режима и насильственного кормления).

Для обеспечения обратной связи в отношении сложных социальных форм поведения используется современная записывающая радио- и видеоаппаратура, которая позволяет в полной мере воспроизвести поступки, контроль за которыми нарушен в момент их совершения. Восприятие в спокойной обстановке, «со стороны» собственного тона, содержания высказываний во время конфликта, поведения в состоянии алкогольного или наркотического опьянения обеспечивает подростка объективной информацией, которой он может дать критическую оценку. Кстати, предложение продемонстрировать магнитофонную или видеозапись поведения ребенка его друзьям и родственникам («для независимой экспертизы») может принудить изменить свое поведение даже самого бескомпромиссного оппонента.

5. **Оперантное научение.** Данный подход, основанный на положительном или отрицательном подкреплении того или иного поведения в известном смысле сопровождает все перечисленные выше, так как мало смоделировать поведенческую схему, надо еще закрепить положительными эмоциями привлекательность ее повторения (или непривлекательность повторения подавляемого поведения). Подробно данный принцип изложен нами в других публикациях (Ю.С.Шевченко, 1995, 1997) на примере индивидуальной коррекции детей с

гиперактивностью. Важным является групповой подход. Некоторые общие для большинства пациентов проблемы легче решаются именно при групповом подходе. Так, например, обнаружив, что многие пациенты школьного отделения плохо читают и не любят книг, О.Ю.Привалов использует следующий прием. Занимаясь с детьми подготовкой домашних заданий, он предлагает им альтернативу - решать задачи по математике либо посвятить это время чтению художественной литературы. По принципу «Из двух зол выбирается меньшее» дети голосуют за чтение. Тогда ставится условие: «Каждый берет свою книгу и читает ее, соблюдая дисциплину, принятую на уроке». Нарушитель сажается к столу преподавателя и решает задачи под его личным контролем. Воспитатель контролирует выполнение общего решения группы и группа сама ему в этом помогает (иначе договор отменяется). В последующие дни повторяется то же самое. В процессе регулярного чтения по часу в день уже за одну—две недели улучшается этот школьный навык, дети успевают увлечься содержанием книги и начинают с нетерпением ждать необычного урока, то есть у них появляется потребность в чтении. Через две недели на вопрос воспитателя они уже хором заявляют, что хотят только читать. Тогда тот объявляет, что если они быстро решат две-три простые задачи по математике, то остальное время он позволит им почитать. Таким образом, сформированная привычка уже сама по себе используется в качестве награды за выполнение трудной и нелюбимой работы.

Среди других общих проблем, связанных со школьным обучением, можно назвать слабость навыков счета, письма, пробелы в знаниях, неумение пересказывать и излагать собственные мысли, отсутствие познавательных потребностей и прочее.

Из дисциплинарных проблем типичными являются такие, как агрессивность, импульсивность, неусидчивость, воровство, пассивность, склонность к побегам, стремление обижать слабых и т.п.

К проблемам общения относятся неумение конструктивно взаимодействовать, бесконфликтно контактировать друг с Другом и с персоналом, узость круга привязанностей и неспособность проявить свою симпатию, плохая ориентация в мотивах поведения, негативизм, равнодушие к окружающим, тормозимость, эгоцентризм, бедность невербальных способов коммуникации и прочее.

Конечно же у каждого пациента эти проблемы проявляются по-своему (один сенситивный ребенок самоустраняется из жизни коллектива, другой назойливо спрашивает о дате выписки, третий симбиотически привязывается к кому-либо из персонала, четвертый агравирует соматическое неблагополучие с целью остаться в изоляторе, пятый гиперкомпенсаторно берет на себя роль «клоуна» и т.д.). Индивидуальный подход с помощью бихевиоральной терапии (который не исключает других методов психотерапии, психокоррекции, лечебной педагогики и медикаментозного лечения), предполагает построение для каждого ребенка отдельной «лестницы проблем» на основе жалоб родителей, психического статуса, педагогической характеристики и самоотчетов для систематической коррекционной работы (Шевченко Ю.С., 1997).

В то же время в каждом отделении должен висеть список тех конкретных форм поведения, которые награждаются одним, двумя или тремя жетонами, в зависимости от социальной ценности этих поступков. Например, знание таблицы умножения дает право на получение трех жетонов, выученное стихотворение «стоит» один, помощь персоналу в уборке помещения - два жетона, выступление на общем собрании с подготовленным докладом — три и т.д. Такой же список составляется для тех поступков, совершение которых карается штрафом. Незастеленная постель — минус один жетон, безделье во время приготовления уроков — минус два, драка — минус три, вымогательство или воровство жетонов — полное их изъятие и т.д.

Самым сложным для воспитателей в детском учреждении является подбор достаточного по количеству и разнообразию набора льгот и запретов, способных играть роль действенных поощрений, на которые можно обменять заработанные жетоны, и наказаний в тех случаях, когда провинившемуся ребенку нечем «расплачиваться». Это может быть разрешение на внеочередной отпуск, предоставление возможности во время тихого часа пойти в живой уголок или цветник при больнице, право на участие в поощрительной экскурсии или эксклюзивное посещение зала игровых автоматов, просмотр видеофильма, выполнение роли диск-жокея на вечерней дискотеке, получение дополнительных пулек для стрельбы в тире, любимого лакомства, пользование общественным фотоаппаратом и т.п.

Список конкретных поощрений и наказаний, а также вдохновляющих и принуждающих стимулов должен учитывать ту информацию, которую можно получить из детских сочинений на тему «Что я люблю и чего не люблю».

Условия пребывания в коллективе, с одной стороны, ограничивают разнообразие модифицирующих стимулов и последействий по сравнению с теми, которые могут быть использованы дома родителями. Так, например, педагог не имеет права даже пригрозить физическим воздействием, а такой действенный родительский прием, как лишение внимания, в руках воспитателя может оказаться неэффективным. Также мало осуществимо материальное поощрение. С другой стороны, в условиях группы резко возрастает действенность моральных стимулов, публичного порицания или похвалы, знаков отличия, заслуженных привилегий, обнародования актуального поведения с помощью «Доски почета» и «Не проходите мимо», коллективного обсуждения того или иного поступка, «стула победителя», «антинаграды», ироничного замечания. Соразмерность «ценности» используемых последействий социальной значимости поступка и личностным возможностям ребенка (с учетом тяжести его состояния) позволяет избежать спекулирования со стороны детей, а также обвинений в несправедливости персонала.

В индивидуальной работе по преодолению школьной запущенности эффективным является разбивание заданий на множество маленьких этапов, включенных в последовательные серии. Результаты по мелким «тестам» отмечаются ребенком на графике, что позволяет самому контролировать продвижение. При этом сам подъем кривой служит существенным подкреплением. При достижении заранее намеченных уровней выдаются специальные призы. При этом, по мнению М.Раттера, осуществляются три условия бихевиоральной терапии: быстрая и частая обратная связь; система поощрений и подкреплений обеспечивает движение вперед, а соревнование с самим собой снимает тревогу и неуверенность; использование картинок в графике, лозунгов и ободряющих комментариев, самостоятельное ведение изменяет отношение к самому учебному Предмету.

Аналогичные графики можно прилагать к отпечатанным Инструкциям по овладению приемами аутогенной тренировки, логопедическими приемами, навыками саморегуляции и

самоконтроля при лечении системных неврозов и поведенческих нарушений.

По мере того как моделируемое поведение становится привычным, значение модифицирующих воздействий (в том числе потребность в жетонах) отпадает, поскольку сформировавшаяся привычка — это такая сложившаяся форма поведения, само осуществление которой при определенных условиях становится потребностью, входящей в структуру индивидуальных потребностей человека.

Таким образом, бихевиоральная терапия представляется действенным психотерапевтическим направлением в детской неврозологии, которое наряду с другими терапевтическими подходами логично входит в комплексную программу лечения и реабилитации ребенка и, не будучи альтернативой общему воспитанию, является его эффективным и естественным компонентом.

Методика неоконченных рассказов, как и другие формы терапии творческим самовыражением (Бурно М.Е., 1989, 2000), в широком смысле относится к арттерапии и артпедагогике, имеющим в своей основе биологические корни (Шевченко Ю.С., 2000), что, при условии клинически направленной и адекватной возрасту пациентов организации, позволяет рассчитывать на ее существенный лечебно-коррекционный, гармонизирующий и психоэлевирующий эффект. При этом содержание неоконченного рассказа может в одних случаях максимально отражать актуальные психотравмирующие проблемы конкретного пациента и ориентироваться на эффект «психотерапевтического зеркала». Группа при этом выступает в роли ко-терапевта, предлагая различные варианты понимания проблемы, отношения к ней и ее решения. Узнавший себя в главном персонаже пациент остается инкогнито, а стало быть — психологически защищенным. Неперсонифицированное и ненавязчивое отражение его осознаваемых и неосознаваемых переживаний (в чем-то идентичное «Я-высказываниям») предлагает широкий диапазон и разные уровни восприятия лечебной информации — от катарсического отреагирования до позитивно-психотерапевтической рационализации. В специальном «прицельном» составлении неоконченных рассказов нуждаются, в частности, больные с острыми реактивными состояниями и посттравматическими стрессовыми расстройствами.

В других случаях содержание неоконченных рассказов составляется с ориентацией на универсальные психогенетические проблемы, обусловленные критическими вехами психического онтогенеза, и описывает события прошлой, настоящей или предстоящей жизни практически любого человека (например, Эдипов комплекс, симблинговое соперничество, проблема отцов и детей, учителя и ученика, самоутверждения в коллективе, смерть близкого человека, осознание собственной смертности и т.д.). Возможность взглянуть на пережитое когда-то событие с вершины сегодняшней зрелости либо загодя подготовиться к нему, творчески проиграв в собственном воображении и обогатившись чужим опытом, позволяет рассчитывать как на собственно психотерапевтический и психокоррекционный, так и на первично-профилактический эффект.

В методике интенсивно-экспрессивной психотерапии (ИНТЭКС), представляющей собой непрерывный восьмидневный цикл многочасовых занятий в группе детей и родителей (Шевченко Ю.С., Добридень В.П., 1998), неоконченные рассказы предлагаются в качестве одного из видов домашних заданий и дописываются отдельно ребенком и его родителями. На следующий день каждый член группы зачитывает свой вариант окончания рассказа и фиксирует в своей тетради чужие версии. После этого психотерапевт организовывает дискуссию по данной проблеме, разыгрывает тот или иной вариант рассказа в Драматическом этюде, использует результаты обсуждения для реализации других видов психотерапевтической работы (например бихевиоральной терапии или трансактного анализа), предлагает опробовать разные поведенческие модели, предложенные в зачитанных версиях, в реальной жизни.

Ниже приводится пример онтогенетически ориентированного незаконченного рассказа, используемого в практической психотерапии детей и подростков.

«Мальчик с богатым воображением»

Жил-был мальчик, очень умный, начитанный и большой любитель кино, возможно, в будущем он мог бы стать писателем и создавать сценарии для кинофильмов. Для этого у него были все данные, а главное — богатое воображение. Уже сейчас, будучи ребенком, он сочинял захватывающие истории Про «инопланетян», «черную руку», «красные глаза», «пеструю ленту», про вампиров, чудовищ, пиратов, рэкетиров, убийц и людоедов и с увлечением Рассказывал эти страшилки и ужастики своим приятелям. Те с замиранием сердца слушали его рассказы и восхищались неуемной фантазией товарища.

Но ни друзья этого мальчика, ни даже его родители не догадывались о том, что сам он страдает от своего богатого воображения. А дело было в том, что когда наступал вечер, мальчик ложился в постель и гасил свет, все персонажи его кошмарных сочинений ярко и отчетливо, как живые возникали перед **его** мысленным взором и начинали кружиться по комнате, улюлюкая, приближаясь и угрожая расправой. В эти моменты мальчика охватывал ужас, хотя он и понимал, что это ему только мерещится. Как ни пытался он отогнать от себя этих страшил, это ему не удавалось. Ведь все они были плодом его собственного воображения.

Мальчик зажигал свет, просил родителей посидеть с ним, заявлял, что ему не хочется спать, просил оставлять дверь в его комнату открытой, якобы для того, чтобы не было душно. Но на самом деле ему было стыдно признаться, что ему просто страшно оставаться одному в темноте.

Мальчику надоела такая жизнь, и он стал думать о том, как избавиться от страхов, связанных с собственным воображением. И вот что он придумал...

Но поскольку это был умный мальчик, то он решил, что просто избавиться от тех или иных страхов недостаточно. На место одних могут прийти другие, и тогда всю жизнь придется только тем и заниматься, что бороться с очередными страхами. Единственный выход, решил мальчик — это самому стать смелее, а для этого необходимо следующее...

Использование методики незаконченных рассказов, удовлетворяющей потребность в самопознании (возможном только через познание других) и формирующей потребность **в** творческой самореализации (в процессе эмоционально привлекательной деятельности) естественным образом реализует основные принципы онтогенетически ориентированной психотерапии. В частности она позволяет: привлечь к психотерапевтическому процессу всю семью; обеспечить равноправие и партнерство детей и родителей, трансформирующие группу в единый, гуманистически направленный коллектив; сочетать групповой характер лечебного процесса с индивидуализацией его задач; интегрировать лечебные, воспитательные, обучающие и рефлексивно-аналитические приемы психотерапии **и** психокоррекции.

Психофармакотерапия невротических расстройств

Необходимость и обоснованность использования арсенала психофармакологических средств при невротических расстройствах не вызывает сомнений, так как психопатологические и вегетативные симптомы имеют нейробиологическую базу и одними лишь методами психотерапии купировать данные расстройства не представляется возможным.

По мнению В.Н.Краснова и И.Я.Гуровича (1999), для выбора варианта терапевтических воздействий необходимо оценить следующие факторы: 1) выраженность и длительность расстройства; 2) выраженность дезадаптации в связи с расстройством; 3) результаты предшествовавшего лечения; 4) имеющиеся возможности поддержки со стороны близких; 5) культуральные и социальные особенности больного.

Учитывая тот факт, что не существует единого подхода к пониманию механизмов неврозогенеза, основной терапевтической мишенью становится невротический симптом (клиническая форма невротического расстройства). Психофармакологической же основой терапии невротических расстройств становится использование транквилизаторов (анксиолитиков), антидепрессантов, «малых» нейролептиков и препаратов из некоторых иных групп. Как показывают исследования, значимым и эффективным считается применение помимо психотропных средств вегетотропных лекарств. Далее приводятся рекомендации по психофармакотерапии невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, разработанные как авторами, так и другими специалистами (Краснов В.Н., Гурович И.Я., 1999).

Тревожно-фобические расстройства (F40)

Агорафобия (F40.0)

— антидепрессанты (имипрамин, кломипрамин, доксепин, тразодон, миансерин, пирлиндол);

— транквилизаторы (диазепам, лоразепам, альпрозолам, клоназепам, феназепам);

— карбаземепин.

Социальные ***фобии (F40.1)***

— антидепрессанты (моклобемид, пирлиндол);

— транквилизаторы (диазепам, лоразепам, альпрозолам, феназепам).

Специфические (изолированные) ***фобии (¥40.2)***

— транквилизаторы (диазепам, лоразепам, альпрозолам, феназепам);

— бета-адреноблокаторы (пропранолон, тразикор, обзиДан);

— антидепрессанты.

Другие тревожные расстройства (F41)

Паническоерасстройство(эпизодическаяпароксшмальная тревога)(F41.0).

— транквилизаторы (альтрозолам, клоразепат, диазепам, феназепам, клоназепам, лоразепам);

— антидепрессанты (имипрамин, кломипрамин, доксепин, амитриптиллин, миансерин, тразадон, пароксетин);

— бета-адреноблокаторы (тразикор, пропанолол);

— ноотропы (ноотропил, пирацетам, пантогам, фенибут);

— карбаземепин.

Генерализованноетревожноерасстройство(F41.1)

— транквилизаторы (альпрозолам, клоразепат, диазепам, феназепам, клоназепам, лоразепам, хлодиазепоксид, клоразепат);

— зопиклон,золпидем;

— бета-адреноблокаторы (тразикор, пропанолол, обзидан, атенолол);

— антидепрессанты (миансерин, имипрамин, амитриптиллин, кломипрамин, тразодон, сертралин, циталопрам, флувоксимин, флуоксетин, пароксетин);

— нейролептики (хлорпротиксен, сульпирид, алимемазин, левомепромазин, тиоридазин);

— карбамазепин.

Обсессивно-компульсивное расстройство (F42)

— антидепрессанты (кломипрамин);

— нейролептики (хлорпротиксен, тиоридазин, алимемазин);

Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43)

Остраяреакциянастресс(F43.0)

— транквилизаторы;

— антидепрессанты (миансерин, тразодон, тианептин, пирлиндол, пипофезин, кломипрамин, имипрамин, амитриптиллин, мапротилин);

— карбамазепин;

— нейролептики (тиоридазин, алимемазин, хлорпротиксен).

Посттравматическоестрессовоерасстройство(F43.1)

— антидепрессанты (кломипрамин, имипрамин, амитриптиллин, тианептин, пирминол, пипофезин, моклобемид, миансерин, тразидон);

— карбамазепин;

— соли лития;

— нейролептики (тиоридазин, алимемазин);
— транквилизаторы.

Расстройстваадаптации(F43.2)

— транквилизаторы (диазепам, феназепам, альпрозолам, клоназепам);
— бета-адреноблокаторы (обзидан, тразикор, пропранолол);
— нейролептики (тиоридазин, алимемазин, сульпирид);
— карбамазепин;
— антидепрессанты (тианептин, пирлиндол, пипофезин, кломипрамин, имипрамин, амитриптиллин, мапротилин).

Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44)

— транквилизаторы (диазепам, феназепам);
— нейролептики (тиоридазин, алимемазин, перициазин, сульпирид, хлорпротиксен, хлорпромазин, левомепромазин);
— антидепрессанты (кломипрамин, имипрамин, амитриптиллин).

Соматоформные **расстройства (F45)**

Соматизированноерасстройство(F45.0)
Ипохондрическоерасстройство(F45.2)
Соматоформнаявегетативнаядисфункция(F45.3)
Хроническоесоматоформноеболевоерасстройство(F45.4)

— транквилизаторы (диазепам, феназепам, альпрозолам, клоназепам);
— бета-адреноблокаторы (обзидан, тразикор, пропранолол);
— антидепрессанты (тианептин, пирлиндол, пипофезин, кломипрамин, имипрамин, амитриптиллин, миансерин, циталопрам, флувокситин, тразадон);
— нейролептики (тиоридазин, алимемазин, хлопротиксен, сульпирид);
— карбамазепин.

Неврастения(¥48.0)

— общетонизирующие (женьшень, левзея, фитовит);
— ноотропы (пирацетам, ноотропил, пантогам);
— церебролизин;
— транквилизаторы (диазепам, феназепам, альпрозолам, клоназепам, мебикар);
— антидепрессанты (пипофезин, пирлиндол).

Учитывая повышенную частоту проявлений симптомов депрессии и их значимость в плане глубины невротических нарушений, купирование расстройств настроения становится одной из наиболее важных сторон терапии, в частности дистимии (F43.1). Необходимость использования антидепрессантов при лечении невротических расстройств является в настоящее время общепризнанным фактом.

Богатый арсенал антидепрессантов позволяет психиатру дифференцировано подходить к их применению, учитывая специфику терапевтического эффекта, наличие или отсутствие побочных эффектов и пр. К наиболее известным антидепрессантам и хорошо себя зарекомендовавшим в неврозологии относят: амитриптиллин, циталопрам (ципрамил), миансерин (леривон), тианептин. Нами при терапии депрессивной симптоматики в рамках невротических расстройств с успехом применяется циталопрам (ципрамил). Препарат относится к современной группе селективных антидепрессантов, хорошо переносится пациентами и может применяться у соматически больных и ослабленных. В среднесуточной дозе (20—40 мг) ципрамил эффективен при купировании сочетанной депрессивной и соматоформной симптоматики. В частности, при соматоформной вегетативной дисфункции, хроническом соматоформном болевом расстройстве, нервной анорексии.

Часть II

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

ВВЕДЕНИЕ

Психосоматическая проблема, интерпретирующая роль психологических факторов в происхождении и развитии болезней, имеет такую же длительную историю развития, как и медицина в целом. Представления о ней существуют очень давно, в то время как концептуальный характер эти идеи стали приобретать сравнительно недавно (Николаева В.В., 1987). В связи с открытиями в XIX веке в области анатомии, микробиологии, нейрофизиологии утвердился принцип целлюлярной патологии Вирхова, в котором модель болезни основывалась на патологии органа. Психосоматическое направление возникло как своеобразная реакция на узкий, локалистический подход в медицине. С формированием этого направления больной перестал быть носителем какого-то заболевшего органа, его стали рассматривать и лечить в рамках холистического подхода как психофизиологическую индивидуальность в целом.

«Изучение психосоматических соотношений, — пишут Ю.М.Губачев, В.М.Дорничев, О.А.Ковалев (1993), - означает стремление найти как можно более полное по сравнению с возможностями традиционного подхода понимание этиологии и патогенеза заболеваний, причин вариабельности их течения». В основе психосоматической патологии лежит первично телесная реакция на конфликтное переживание, сопровождающаяся изменениями и патологическими нарушениями во внутренних органах. Психосоматика, по определению А. В. Петровского, М.Г.Ярошевского (1998), представляет собой направление медицинской психологии, занимающееся изучением влияния психологических факторов на возникновение ряда соматических заболеваний, таких как бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, нейродермит, неспецифический хронический полиартрит. Изучение психологических механизмов и факторов возникновения и течения

болезней, поиск связей между характером психического стрессового фактора и поражением определенных органов и систем лежат в основе психосоматического направления в медицине. В настоящее время в психосоматической медицине все больший вес приобретают идеи многофакторности (многопричинности) психосоматических расстройств.

Термин «психосоматика» появился в 1818 г. Он был предложен немецким врачом R.Heinroth, назвавшим «психосоматическими» соматические феномены, возникновение которых изначально было более связанным с психоэмоциональными сдвигами. Позднее Jacobi (1922), напротив, ввел термин «соматопсихические», чтобы подчеркнуть доминирование телесного в возникновении некоторых нервно-психических заболеваний. В современной медицине термин «психосоматический» используется, с одной стороны, в узком смысле, применительно к конкретной группе заболеваний, и, с другой стороны, в широком смысле, как целостный научно-практический подход, реализуемый по отношению к любому виду патологии в рамках целостного (холистического) изучения и интерпретации болезней, с позиции биопсихосоциальной концепции заболеваний, формирующихся, в соответствии с преобладающими в данной парадигме взглядами, на почве множественных этиологических факторов.

В современных условиях жизни увеличивается нагрузка на эмоциональную сферу человека, повышаются требования к его адаптационным возможностям. В неблагоприятных условиях жизнедеятельности пониженные адаптационные возможности или эмоциональная неустойчивость являются своеобразными факторами риска, способствующими возникновению психосоматических нарушений (Шхвацабая И.К., 1974; Логинов А.С., 1977). Психосоматические расстройства, вызываемые систематическими эмоциональными перегрузками, приобретают постепенно все более значительную роль в широкой врачебной практике (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986). Отмечается недостаточно высокая эффективность медикаментозной терапии при психосоматических расстройствах, по сравнению, например, с инфекционными болезнями, не в полной мере используются возможности Психологического воздействия: психологической коррекции, психотерапии.

Психосоматический подход

Психосоматический подход сложился в связи с распространением представлений о том, что многие болезни возникают на почве множественных этиологических факторов и предполагает выявление роли и учет психологических феноменов, сопутствующих в той или иной степени формированию любого расстройства. Он представляет собой определенную концепцию, своеобразную научно-практическую парадигму, общую ориентировку здравоохранения в целом, когда учитываются комплексные соматопсихосоциальные взаимодействия при возникновении, течении и терапии заболеваний (Урванцев Л.П., 1998).

Современные представления о биопсихосоциальной концепции болезни, сменившей в 70-е годы биомедицинскую модель, соответствуют положениям, высказанным еще в 40-х годах Р.А.Лурия, который писал о том, что «по существу вся медицина является психосоматической», имея в виду тот факт, что психологические, психосоциальные факторы в большей или меньшей степени включены в этиопатогенез любого заболевания, соматического или нервно-психического, влияя в той или иной мере на ход течения и исход болезни. Нет только психических и только соматических болезней, отмечает автор, а есть лишь живой процесс в живом организме; его жизненность и состоит в том, что он объединяет в себе и психическую, и соматическую сторону болезни.

«Психосоматический подход как принцип врачебной деятельности заключается в как можно более тщательном изучении влияния психосоциальных факторов на возникновение и течение любых соматических болезней и психотерапевтическом лечении больных с учетом этих факторов» (Сидоров П.И., Парняков А.В., 2000). В самом широком смысле этот подход, по мнению Д.Н.Исаева (1996), охватывает проблемы внутренней картины здоровья, конверсионных, соматогенных, соматизированных психических и ипохондрических расстройств, психологических реакций личности на болезнь, умирание, смерть, отрыв от семьи, симуляцию, а также искусственно продуцируемые расстройства, в том числе синдромы Мюнхаузена (симуляция болезней, которые приводят к операции) и Полле (искусственное причинение болезни ребенку его собственной матерью).

В общем виде под термином «психосоматические расстройства» большинство авторов понимают нарушения функций внутренних органов и систем, возникновение и развитие которых в наибольшей степени связано с нервно-психическими факторами, переживанием острой или хронической психической травмы, специфическими особенностями эмоционального реагирования личности (Петровский А.В., Ярошевский М.Г., 1998). Представление о тесной взаимосвязи самочувствия человека с его психическим, прежде всего эмоциональным, состоянием является одним из важнейших в современной медицине и медицинской психологии, отмечают авторы.

Патогенез психосоматических расстройств, в соответствии с представлениями Д.Н.Исаева, чрезвычайно сложен и определяется сочетанием и взаимодействием следующих основных факторов:

- неспецифической наследственной и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами;
- наследственным предрасположением к психосоматическим расстройствам;
- нейродинамическими сдвигами (нарушения деятельности ЦНС);
- личностными особенностями;
- психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий;
- фоном неблагоприятных семейных и других социальных факторов;
- особенностями психотравмирующих событий.

Таким образом, этиопатогенез психосоматических нарушений определяется комплексом воздействующих причин, структура которого совпадает с многоуровневой структурой организации человека, где различают биологический, психофизиологический, психологический, социально-психологический и социальный уровни функционирования.

«Учет психических факторов, их «веса», механизмов их включения в схему патогенеза болезни позволяет раскрыть социально-психологическую детерминацию патологии человека, объяснить ее своеобразие», — вот то, что, по мнению Ю.М.Губачева и С.СЛибиха (1977), дает психосоматический подход практическому здравоохранению. Как отмечают авторы, «широкое применение психотерапии при соматических

заболеваниях, «плацебо»-эффект многих методов медикаментозной терапии, неспецифические методы лечения соматических заболеваний, социотерапия позволяют доказать роль психических факторов в генезе заболеваний».

Дифференцированный подход к оценке психологических аспектов болезни помогает определять в каждом конкретном случае степень и направленность психокоррекционных мероприятий. Как правило, в клинике внутренних болезней речь идет преимущественно о психологическом консультировании, психологической коррекции, симптоматической психотерапии.

Применительно к конкретной группе заболеваний термин «психосоматический» используется в том случае, если роль психологических факторов в рамках полифакторной модели болезни является ведущей.

Психосоматическое заболевание

Под психосоматическим заболеванием понимают такое соматическое страдание, в этиопатогенезе которого центральная роль принадлежит психологическим факторам, таким, в частности, как неотреагированные эмоции. Согласно рекомендации 6-го семинара ВОЗ по вопросам диагностики, номенклатуры и классификации психических заболеваний, состоявшегося в 1970 г. в Базеле, психофизиологические расстройства при эмоциях рассматриваются как главный элемент психосоматических заболеваний. В общем виде механизм возникновения психосоматических болезней, или, как их еще называют, психосоматозов, может быть представлен следующим образом: психический стрессовый фактор вызывает аффективное напряжение, активизирующее нейроэндокринную и вегетативную нервную систему с последующими изменениями в сосудистой системе и во внутренних органах. Первоначально эти изменения носят функциональный характер, однако при продолжительном и частом повторении они могут стать органическими, необратимыми (Петровский А.В., Ярошевский М.Г., 1998).

Существует несколько теорий, объясняющих происхождение психосоматических заболеваний. Согласно одной из них, например, психосоматическое заболевание является следствием стресса, обусловленного длительно действующими и непре-

одолимыми психическими травмами. При этом, в соответствии с точкой зрения Д.Н.Исаева (2000), для психосоматического здоровья человека «опасен не только один трагический инцидент, подобный смерти близких, но и несколько менее драматичных, происшедших за короткий промежуток времени, так как они тоже снижают возможности приспособления». При этом автор ссылается на теорию жизненных событий T.H.Holmes, R.H.Rahe (1967), в соответствии с которой в течение года человек переживает, в среднем, около 150 заметных жизненных изменений. Если их число возрастает более чем в два раза, то вероятность психосоматического заболевания составляет в среднем около 80%. Если число таких событий несколько меньше (от 150 до 300), то риск заболеваний — 50%.

Другая теория связывает возникновение психосоматического заболевания с внутренним конфликтом между одинаковыми по интенсивности, но разнонаправленными мотивами индивида (амбивалентность мотиваций). Согласно третьей теории, неразрешимый конфликт мотивов (как и неустранимый стресс) порождает в конечном итоге реакцию капитуляции, отказ от поискового поведения, что создает общую предпосылку к формированию психосоматического заболевания.

Поражение тех или иных органов и систем в каждом конкретном случае обусловлено генетическими факторами или особенностями онтогенетического развития. Существуют и другие интерпретативные схемы, которые объясняют этиопатогенез психосоматических заболеваний. Более детально они будут рассмотрены ниже.

В трактовке П.И.Сидорова и А.В.Парнякова (2000), для психосоматических расстройств характерным является признание значимости психологических факторов как в возникновении, так и в обусловливании ими усиления или ослабления соматического (физического) страдания. По мнению авторов, критерием отнесения имеющегося специфического физического заболевания или страдания к психосоматическим является наличие психологически значимых раздражителей из окружающей среды, которые во времени связаны с возникновением или обострением данного физического нарушения.

Другая важная проблема психосоматической медицины — проблема locus minoris resistentiae — вопрос о преимущественной локализации психосоматических расстройств, возникающих под воздействием одной и той же стрессовой ситуации в

виде сердечно-сосудистых или респираторных нарушений у одних больных, мочеполовых или псевдоаллергических - у других. «Ахиллесову пяту» каждого человека создает не только и даже не столько изначальная, конституциональная готовность какого-либо органа к избирательному поражению или возможная недостаточность его вследствие перенесенного в прошлом заболевания либо повреждения, сколько известная настроенность на него центральной нервной системы (определенная резолюция, принимаемая в ходе афферентного синтеза на уровне нейрона). Именно здесь, в начальной стадии приспособительного процесса, решает организм три важнейших, по П.К.Анохину, вопроса своего поведения (что делать, как делать, когда делать?) на основе зафиксированного в долговременной памяти «опыта болезни».

Практически все исследователи придерживаются представления о том, что центральным вопросом теории психосоматических соотношений является определение места, которое занимают психологические факторы в происхождении соматических заболеваний. В общей проблеме психосоматических взаимоотношений В.В.Николаева (1987) выделяет два больших аспекта: 1. Влияние психических факторов на соматическую сферу человека; 2. Влияние соматических факторов на психику человека.

Ю.М.Губачев и Е.М.Стабровский (1981), в частности, выделяют ряд вариантов развития психосоматических заболеваний: 1) ситуационный (первично-психогенный) вариант, при котором на первом плане среди разнообразных этиологических факторов находятся длительно воздействующие психологически неблагоприятные жизненные условия, столь длительные и интенсивные, что даже развитые защитные и компенсаторные возможности, как на биологическом, так и на психологическом уровне, не ограждают от формирования соматических расстройств; 2) личностный вариант, когда главным условием формирования соматической патологии выступает психологически деформированная личность (акцентуированная, т.н. невротизированная или психопатизированная), которая обусловливает затяжной, гипертрофированный и извращенный тип психологического реагирования, становление хронизированного эмоционального напряжения. К данному варианту, по мнению П.И.Сидорова и А.В.Парнякова (2000), можно отнести также и формирование болезни че-

рез определенные патологические привычки, такие, например, как переедание, алкоголизм, - привычки, имеющие личностную обусловленность; 3) церебральный вариант, при котором отмечаются органические нарушения центральной нервной системы, связан с нарушениями регуляторных механизмов эмоциональных переживаний. Органическая патология обусловливает характерные, так называемые органические особенности аффекта: застойность, ригидность, вязкость, инертность эмоциональных процессов с фиксированностью эмоционально-негативных переживаний, со склонностью к «саморазвитию» аффекта, когда его «обрастание» разнообразными переживаниями происходит уже независимо от внешних воздействующих раздражителей. Формирование соматического заболевания может быть связано в этом случае с чрезмерной силой и длительностью аффективного реагирования, обусловленного структурой самого аффекта при органическом поражении головного мозга; 4) соматический (биологический) вариант, о котором говорят при наличии генетических соматических предпосылок, обусловливающих развитие грубой органической патологии при наличии психологически благоприятной, комфортной ситуации и гармоничной личностной структуры. Как правило, в этих условиях заболевание формируется по механизмам, непонятным с одной лишь психологической точки зрения.

Квалификация психосоматического заболевания

Диагностические критерии **DSM-III** и **DSM-III-R** для психологических факторов, оказывающих влияние на физическое состояние (т.е. для психосоматических расстройств), — это те психологически значимые раздражители из окружающей среды, которые достоверно, хотя и частично, и временно обусловливают ослабление или усиление физического заболевания.

При таком состоянии имеется либо отчетливая органическая патология, например ревматоидный артрит, либо какой-то известный патофизиологический процесс, например головная боль в виде мигрени. Ниже перечислены диагностические критерии для психологических факторов, оказывающих влияние на физическое заболевание:

1. Психологически значимые раздражители из окружающей среды во временном отношении связаны с началом или

обострением специфического физического заболевания или расстройства;

2. Физическое состояние включает либо подтвержденное органическое заболевание (например ревматоидный артрит), либо известное патофизиологическое расстройство (например головную боль, мигрень);

3. Состояние не отвечает критериям для соматоформного расстройства.

Современные классификации болезней (МКБ-10) не относят к психосоматическим расстройствам психические нарушения, при которых соматические жалобы являются составной частью заболевания, но при этом не обнаруживается никаких органических проявлений, которые можно было бы отнести к известной в медицине болезни (соматоформные расстройства). Например, расстройство в виде конверсии, при котором соматические жалобы вызваны психологическим конфликтом; ипохондрия, при которой отмечается обостренное внимание к своему здоровью и воображаемое ощущение тяжелой болезни. Нет оснований относить к психосоматическим заболеваниям и соматизированные депрессии, при которых этиологическая роль в возникновении жалоб, имитирующих соматическое страдание, отводится не психологическим факторам внешней среды, а нарушениям функционирования эмоциогенных мозговых структур, вызванным основным заболеванием.

Как отмечают в этой связи Г.И.Каплан и Б.Дж.Сэдок (1994), специально исключены из классификации DSM-III-R: 1) классические психические расстройства, при которых соматические жалобы являются составной частью заболевания (например расстройство в виде конверсии, при котором соматические жалобы вызваны психологическим конфликтом); 2) расстройство в виде соматизации, при котором выявляются физические симптомы, не основанные на органически неполноценной почве; 3) ипохондрия, при которой отмечается обостренное внимание к своему здоровью и воображаемое ощущение тяжелой болезни; 4) физические жалобы, которые часто связаны с психологическими расстройствами (например расстройства в виде дистимии, которые сопровождаются мышечной слабостью и изможденностью; 5) физические жалобы, связанные с привычными расстройствами (например кашель, связанный с табакокурением).

Более широкое по сравнению с традиционным понимание психосоматических расстройств, которое принимается и разделяется в настоящее время далеко не всеми авторами, позволяет П.И.Сидорову и А.В.Парнякову (2000) кроме различных кратковременных «психосоматических» реакций, появляющихся в напряженных жизненных ситуациях (например сердцебиение у влюбленного или потеря аппетита при печали), выделить еще четыре большие группы расстройств иного качества:

• Конверсионные симптомы — символическое выражение невротического (психологического) конфликта. Их примерами являются истерические параличи, психогенная слепота или глухота, рвота, болевые ощущения. Все они — первичные психические феномены без тканевого участия организма. Тело здесь служит как бы сценой символического выражения противоречивых чувств больного, которые подавлены и вытеснены в бессознательное.

• «Психосоматические» функциональные синдромы — возникают чаще также при неврозах. Такие «соматизированные» формы неврозов иногда называют «неврозами органов», системными неврозами или вегетоневрозами. В отличие от психогенной конверсии, отдельные симптомы здесь не имеют специфического символического значения, а являются неспецифическим следствием телесного (физиологического) сопровождения эмоций или сравнимых с ними психических состояний. В частности, некоторые варианты эндогенных депрессий часто имитируют какое-либо соматическое заболевание, «маскируются» под него. Такие депрессии принято называть «маскированными», ларвированными или соматизированными депрессиями. К группе функциональных психосоматических синдромов часто также относят и некоторые психофизиологические заболевания - мигрень и ряд других подобных болезней.

• Органические психосоматические болезни (психосоматозы) — в их основе лежит первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми патологическими изменениями в органах. Соответствующая наследственная предрасположенность может влиять при этом на выбор органа. Первые проявления психосоматозов возникают в любом возрасте, но чаще они начинают фиксироваться уже в ранней юности у лиц с отчетливыми

и постоянными определенными личностными характеристиками. После манифестации заболевание обычно приобретает хроническое или рецидивирующее течение, и решающим провоцирующим фактором возникновения очередных обострений является для больного психический стресс. Другими словами, этиопатогенез собственно психосоматических расстройств в значительной мере, особенно на ранних стадиях заболевания, связан с психологически значимыми для личности раздражителями из окружающей среды. Однако параллельно возникающие функциональные сдвиги со стороны внутренних органов на более поздних этапах болезни приводят к их деструкции, т.е. органическим изменениям, и заболевание приобретает все черты типично соматического, физического страдания. Исторически к этой группе относятся семь классических психосоматических заболеваний: эссенциальная гипертония, бронхиальная астма, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, неспецифический язвенный колит, нейродермит, ревматоидный артрит и гипертиреоидный синдром (так называемая чикагская семерка по Alexander, 1968). В настоящее время к психосоматической патологии относят также и такие заболевания, как ишемическая болезнь сердца, нейроциркуляторная дистония, сахарный диабет, ожирение.

А.Л.Гройсман (1998) считает необходимым выделить следующие виды соматической патологии, при которых психосоматические и соматопсихиатрические соотношения являются ведущими, во многом определяя особенности этиопатогенеза:

1. В гастроэнтерологии — язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифический язвенный колит, синдром раздраженной толстой кишки, рефлюксы, дискинезии желчного пузыря и кишечника, «эмоциональная желтуха», «женские панкреатиты» и другие функциональные и секреторные расстройства пищеварения;

2. В кардиологии и ангиологии — кардиалгии функциональной природы, функциональные аритмии, транзиторные гипертонии, пароксизмальные гипотонические состояния, вегетодистонии, нейроциркуляторные расстройства;

3. В пульмонологии — бронхиальная астма, астомоидный бронхит, невротические и психогенные профессиональнообусловленные расстройства дыхания;

4. В эндокринологии - сахарный диабет, гипертиреоидные и гипотиреоидные реакции, гормональные дисфункции, невротическое ожирение, нервная анорексия;

5. В хирургии - застойные функционально-динамические послеоперационные нарушения и дезадаптации.

Наиболее распространенными считаются психосоматические заболевания сердечно-сосудистой системы и болезни желудочно-кишечного тракта. Психосоматические заболевания имеют некоторые общие отличительные клинические особенности, к которым, в частности, относятся: наличие клинической предстадии, рецидивирующе-ремиттирующее течение, полипатогенность, склонность к выходу в длительную ремиссию, по своим клиническим характеристикам приближающуюся к выздоровлению (Косенков Н.И., 2001).

- «Психосоматические» расстройства, связанные с особенностями эмоционально-личностного реагирования и поведения,— склонность к травмам и другим видам саморазрушающего поведения (алкоголизм, наркомания, табакокурение, переедание с ожирением и др.). Эти расстройства обусловлены определенным отношением, вытекающим из особенностей личности и ее переживаний, что приводит к поведению, результатом которого является нарушение здоровья. Например, существует точка зрения, в соответствии с которой склонность к травмам характерна для личностей со свойствами, которые противоположны точности, тщательности, аккуратности. Повышенное потребление пищи может пониматься как индикатор престижа, социальной позиции или заменой, компенсацией недовольства.

Глава 7. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ

Психологическое направление в интерпретации психосоматических заболеваний

Психодинамическое направление в интерпретации психосоматических заболеваний

Первые психосоматические теории тесно связаны с психоанализом, по-своему интерпретирующим влияние психологических факторов на возникновение и течение соматической патологии. Ключевым понятием в теории болезни в рамках психодинамического направления в психологии и медицине является понятие конверсии. Механизм символической конверсии, по мнению психоаналитиков, означает, что существует логически понятная связь между содержанием аффективного конфликта и клиническими симптомами (Бассин Ф., 1969; 1978). Одна из подобных теорий — теория *«символического языка органов»* — утверждает, что асоциальные мысли, стремления, фантазии, вытесненные в область бессознательного, проявляются в расстройствах функций внутренних органов: отвращение к кому-либо или неприятие чего-либо выражается рвотой, а «сексуальное голодание» проявляется в нарушении моторной функции желудка, его секреторной активности и анорексии. Запоры и спастические сокращения кишечника означают тенденцию к брезгливости и чистоплотности, стремление к накоплению денег и повышению социального престижа.

Респираторные заболевания трактовались сторонниками психоаналитического подхода как выражение стремления вернуться в лоно матери, когда собственная дыхательная система еще не работает. Признаки инверсии, нарцистической регрессии или неосознанного гомосексуализма выявляются психоаналитиками даже у лиц с жалобами на резь в глазах от холодного ветра или курения.

В рамках психоанализа была создана первая теория личности, в структуре которой центральная роль в формировании

патологии отводилась бессознательному. Трехчленное деление личности на «Я», «Сверх-Я» и «Оно» под другими названиями было принято впоследствии и другими психологическими школами.

Наиболее архаической структурой личности, по Фрейду, является «Оно» («Ид») — сфера инстинктов, страстей, влечений, «животная» часть человека, существующая по принципу удовольствия. Структура «Я» («Эго») фиксирует сознательные аспекты личности, самосознание и произвольную деятельность. «Я» существует в соответствии с принципом удовольствия. Часть личности, обозначенная Фрейдом как «Супер-Эго», содержит систему запретов, нормативных предписаний и ограничений. Это контролирующая часть личности, выполняющая функцию цензуры, носитель совести и морали. «Ид» и «Супер-Эго» находятся в непрерывном конфликте друг с другом, поскольку «Ид» требует немедленного удовлетворения своих потребностей, а «Супер-Эго» постоянно вводит предписания и ограничения, санкционированные социумом. Для разрешения этого конфликта «Эго» использует механизмы психологической защиты, в частности, вытеснение, позволяющее устранять из сознания неприемлемые для личности черты, комплексы, мотивы.

К одним из крупнейших открытий З.Фрейда относится положение о том, что вытесненный в бессознательное психологический материал имеет значительное («динамическое») воздействие на всю личность человека в целом. Воспоминания, переживания, которые противоречат представлениям личности о мире и о самой себе, будучи устранены из сферы сознания с помощью механизмов вытеснения, продолжают оказывать на нее свое влияние. Вытесненный патопсихологический материал выражает себя в символической форме в виде конверсионных симптомов.

JuUiffe (1939) с позиций психоанализа сформулировал закон построения клинических синдромов следующим образом: возникновение многих заболеваний можно понять на основе тенденции вытесненного влечения (преимущественного сексуального или агрессивного) проявляться через расстройство функции органа. Если эта тенденция — конверсия на орган — обратима, то речь идет об истерии; если же она не поддается обратНому развитию, то возникающие нарушения приобретают все Черты, характерные для органического процесса.

Поиск содержательной, логической, однозначной связи между психологическими феноменами и клиническими симптомами позже получил название «гипотезы психосоматической специфичности» и превратился в основной объяснительный принцип психосоматической медицины (Николаева В.В., 1987). По мнению В.В.Николаевой, психосоматическая медицина находится на стадии разрешения трех основных вопросов:

1. Вопрос о триггерном (пусковом) механизме патологического процесса и начальной стадии его развития;
2. Вопрос о том, почему один и тот же сверхсильный раздражитель у одного человека вызывает ярко выраженную эмоциональную реакцию и комплекс специфических вегетовисцеральных сдвигов, у других людей эти сдвиги вообще отсутствуют;
3. Вопрос о том, почему психическая травма у одних людей вызывает заболевание сердечно-сосудистой системы, у других — пищеварительного аппарата, у третьих - дыхательной системы, у четвертых — эндокринной системы и т.д.

Концепция конверсии на орган отвечала на эти вопросы следующим образом: пусковым механизмом является аффективный конфликт, психодинамический сдвиг; в качестве причин индивидуальных различий в реагировании выступают защитные механизмы, «сила Я»; поражение той или иной системы органов определяется спецификой бессознательного конфликта, его непосредственным психологическим содержанием. Так, например, тошнота и рвота означают неприятие реально существующих отношений, запоры — нежелание отдавать, скупость и т.д.

Концепция «констелляции личностных черт» Ф.Данбар положила начало многочисленным исследованиям специфических личностных особенностей больных различными психосоматическими заболеваниями. Данбар изучила значительное количество больных с соматическими заболеваниями и обратила внимание на значительное сходство в личностных профилях пациентов одной нозологической принадлежности. Данбар разработала концепцию профиля личности, считая, что эмоциональные реакции являются производными от личности больного и это позволяет предполагать, возможно, даже прогнозировать развитие определенных соматических

заболеваний в зависимости от профиля личности. Она описала «коронарный личностный тип», «язвенный личностный тип», «гипертонический», «аллергический», «склонный к повреждениям личностный тип» и др. (Danbar E, 1938; 1943). Она считала, что эти профили имеют диагностическое, прогностическое и терапевтическое значение. Таким образом, специфичным для определенной болезни оказалось взаимодействие определенных личностных факторов и эмоциональных конфликтов.

Эту же идею очень точно выразил известный польский исследователь Я.Рейковский: «Личность определяет характерные типы эмоционального реагирования, и тем самым повторяемость физиологических изменений в организме», вследствие чего, через ряд промежуточных вегетативных инстанций, в конце концов развивается соматическое заболевание. Существует множество клинических и психологических исследований, посвященных поиску специфической личностной структуры при том или ином заболевании.

С концепцией личностного профиля Ф.Данбар связано целое направление в интерпретации психосоматических заболеваний, которое указывает, в частности, на специфические особенности применения форм и методов психотерапии. С этим направлением связана тенденция рассматривать психосоматическую болезнь как выражение специфической структуры личности.

В настоящее время у большинства исследователей, занятых изучением роли личностной структуры в формировании самых различных видов психосоматической патологии, существует определенная степень уверенности в наличии психосоматического (поведенческого) типа «А» с его амбициозностью, соревновательностью, конкурентностью, склонностью к Доминированию и контролю за всем окружающим, с постоянным самопобуждением к интенсивной деятельности, — тип личности, который является одним их факторов риска возникновения психосоматических заболеваний сердечно-сосудистой системы. Описываются особенности личности больных с психосоматическими нарушениями желудочно-кишечного тракта (тревожность, неуверенность в себе, нерешительность, зависимость, пассивность), можно встретить психологический портрет больного нейродермитом с его кататимным Мышлением и сексуальной незрелостью, описание больного

бронхиальной астмой с его эгоцентризмом и склонностью к манипуляции в межличностных отношениях.

В последующих исследованиях, посвященных личностным особенностям больных различными психосоматическими заболеваниями, были установлены общие для лиц разной нозологической принадлежности черты, составляющие своеобразную «психосоматическую личностную структуру»: было замечено, что для этих больных характерны развитая фантазия и недостаточная эмоциональная включенность в реальную жизненную ситуацию. Эти пациенты часто оказываются неспособными описать тонкие нюансы своих чувств и в большинстве случаев с трудом находят слова для самовыражения. Отмечается инфантильность больных, страдающих психосоматическими заболеваниями, их неспособность управлять символическими процессами в целях коммуникации.

К отличительным психологическим особенностям лиц, склонных к формированию различных видов психосоматической патологии, относятся также: эгоцентризм, личностная незрелость, недостаточная степень эмоциональной вовлеченности в происходящие события. Я.Рейковский отмечает в этой связи, что благоприятные условия для возникновения психосоматических заболеваний складываются, когда доминирующими являются личные интересы и потребности, когда достижение личных целей является главным источником жизненной активности.

Врач психоаналитической ориентации Ф.Александер высказал предположение о том, что симптом — это не символическое замещение подавленного конфликта, а нормальное физиологическое сопровождение хронизированных эмоциональных состояний. Любая эмоциональная реакция, по его мнению, не нашедшая выхода в данный момент, имеет свой относительно четко очерченный соматический эквивалент. Специфичность заболевания следует искать в конфликтной ситуации, в содержании соответствующего аффективного конфликта. Теоретическую конструкцию Ф.Александера называют поэтому «теорией специфических для болезни психодинамических конфликтов» или «концепцией специфического эмоционального конфликта» (Alexander F., 1950).

Основные принципы «гипотезы специфичности» Ф.Александера были сформулированы в виде трех основных положений:

1. Психологические факторы, ведущие к соматической болезни, имеют специфическую природу. Они могут быть определены как установки больного по отношению к окружающей среде или к себе самому. Адекватное познание этих факторов возможно только в ходе лечения больного.

2. Сознательные психические процессы играют подчиненную роль в возникновении соматических симптомов, так как они могут быть свободно выражены и реализованы через произвольную систему. Подавленные тенденции вызывают хроническую дисфункцию внутренних органов.

3. Актуальная жизненная ситуация имеет только ускоряющее влияние на болезнь. Понимание причинных факторов должно быть основано на знании истории развития личности больного (цит. по: Николаева В.В., 1987).

Ф.Александер определил «специфичность» как «физиологический ответ на эмоциональные стимулы, нормальные и патогенные, который варьирует в зависимости от качества эмоций» (цит. по: Pollock, 1978). Каждое эмоциональное состояние имеет свой физиологический синдром. Специфичными для болезни Александер считал не отдельные психологические факторы, а их психодинамические констелляции. Элементами комбинированной психологической специфичности являются тревога, подавленные враждебные и эротические импульсы, фрустрация, подчиненные желания, чувства вины и неполноценности.

В зависимости от глубины вытеснения специфического эмоционального конфликта Ф.Александер выделяет три основные формы психогенных заболеваний: истерические конверсии, вегетативные неврозы и психосоматические заболевания. В том случае, если разрядка происходит только по вегетативным путям (глубина вытеснения наибольшая), формируются психосоматические заболевания: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, язвенная болезнь, сахарный диабет, тиреотоксикоз, язвенный колит, ревматоидный артрит. Для каждого заболевания при этом характерен свой интрапсихический конфликт, которому соответствуют определенные эмоциональные переживания со своими физиологическими коррелятами. Например, в соответствии с представлениями Александера, больной нейродермитом подавляет желание физической близости, пациен-

ты с язвенной болезнью переживают конфликт между потребностью в зависимости, опеке и стремлением к автономности, независимости.

В соответствии с концепцией Ф.Александера, психосоматическое заболевание формируется тогда, когда возникает комплиментарный, соответствующий ему «специфический эмоциональный конфликт». Например, гипертоническая болезнь характеризуется как «заблокированная агрессия», т.е. гипертонической болезнью болеют люди с исходно высоким уровнем агрессивности, который сочетается с чрезмерным нормативным самоконтролем. Испытывая стеничные эмоции злости, гнева — эмоции, мотивирующие агрессивное поведение, — эти лица не позволяют себе реагировать агрессией, что создает хронический очаг эмоционального напряжения. Эмоциональное напряжение сопровождается повышением мышечного тонуса, сосудистого тонуса, появляется склонность к периодическим подъемам артериального давления. Таким образом, по мнению Ф.Александера, формируется гипертоническая болезнь.' Отечественные исследователи, например Норакидзе, также высказывают подобные суждения, описывая, в частности, гипертоническую болезнь как «репрессированную агрессивность». Больные нейродермитом, по представлениям Ф.Александера, подавляют желание физической близости, пациенты с язвенной болезнью переживают конфликт между потребностью в зависимости, опеке и стремлением к автономности, независимости.

Принципиальное отличие психосоматических заболеваний от неврозов Ф.Александер видел в глубине вытеснения конфликта: при психосоматической патологии глубина вытеснения такова, что вытесненный конфликт не может быть осознан, в то время как при неврозах глубина вытеснения менее значительна, и еще менее значительна она при вегетативных расстройствах.

Все эти заболевания, в соответствии с представлениями Ф.Александера, являются полиэтиологическими, в их происхождении и развитии имеют значение самые различные факторы: родовые травмы, болезни в младенческом возрасте, физические травмы, эмоциональный климат в семье, особенности личности родителей, индивидуальные реакции на стресс и т.д. Основные положения, сформулированные Ф.Алексан-

дером в отношении роли психологических факторов в этиологии и патогенезе психосоматических расстройств, в течение нескольких десятилетий оказывали значительное влияние на развитие психосоматического направления в медицине. Некоторые их этих положений выдержали определенные экспериментальные проверки.

Вслед за работами Ф.Данбар и Ф.Александера последовали многочисленные исследования, посвященные специфическим особенностям организации эмоциональности или структуры личности больных с самыми разнообразными психосоматическими нарушениями. Были сформулированы некоторые ключевые положения, концептуальные понятия, объяснительные схемы и конструкции, которые используются в современной литературе при описании и интерпретации психосоматических расстройств.

Бихевиоральюе (поведенческое) направление в интерпретации психосоматических заболеваний

В основе психосоматических заболеваний, по мнению ряда авторов, может лежать нарушение функционально-гедонистических соотношений, формирующих пседвоповедение, которое является результатом неправильного, неадекватного научения (Орлов Ю.М., Гройсман А.Л., 1998). Интерпретация психосоматического заболевания как результата неправильного научения в рамках бихевиоризма проводится при расширительной трактовке термина «психосоматическое расстройство», к которому относятся разнообразные формы отклоняющегося поведения, в частности аддиктивного поведения. В этом случае ключевыми терминами являются понятия мотивации (системы мотивов), адекватного или неадекватного опредмечивания (процесса, в результате которого та или иная потребность находит свой «предмет») потребностей, системы ценностей личности. Поскольку данные термины обозначают психологические феномены, сформированные в процессе социализации, в ходе социально-психологического функционирования личности, в центре внимания поведенческого подхода оказываются социальные и социально-психологические факторы психосоматической патологии.

Социально-психологические факторы отклоняющегося поведения

Психологические особенности социума, характеризующегося непрерывным увеличением объема информации, благоприятного для возникновения эмоциональной депривации, с пошатнувшимся институтом брака и семьи, нарастанием относительной социальной изоляции и отчужденности людей при повышении уровня занятости, ответственности, дефицита времени, также способствуют формированию нарушений поведения. В ситуации недостаточной социально-психологической адаптированности ребенка или подростка, при затруднении усвоения социально одобряемых поведенческих стереотипов с интериоризацией асоциальных ценностей, влиянием асоциальных установок может складываться своеобразная эгоцентрично-утилитарная система, которая также выступает в виде важной предпосылки антиобщественного поведения (Чудновский В.С., Кржечковский А.Ю., Можейко А.А., 1993).

С точки зрения Ц.П.Короленко с соавторами, в периоды социального напряжения в обществе создаются условия для интенсивного возникновения психических расстройств и социально опасных форм отклоняющегося поведения (алкоголизм, наркомания, суициды, преступность); при этом рост случаев психических расстройств и отклоняющегося поведения, в свою очередь, усиливает социальное напряжение в популяции. При изучении патогенного влияния на психическое здоровье социальных факторов следует дифференцировать их на две группы: макросоциальные и микросоциальные (Дмитриева Т.Б., Положий Б.С., 1994): «макросоциальные факторы непосредственно обусловлены общественным строем, социально-экономической и политической структурой общества. Микросоциальные факторы отражают конкретные направления общественной жизни людей в ее различных сферах (труд, отдых, быт и т.д.). Психологические проблемы в семье и в рабочей микрогруппе по-прежнему остаются одной из основных причин развития нарушений психического здоровья, преломляясь через призму макросоциальных условий».

При изучении психологических факторов отклоняющегося поведения значительное внимание уделяется исследованию мотивации, выполняющей четыре основные функции в отклоняющемся поведении: отражательную, побудительную,

регулятивную, контролирующую. Делинквентное и криминальное поведение, о чем свидетельствуют многочисленные криминологические исследования, не столько коррелирует со слабыми знаниями морально-правовых требований правонарушителями, сколько с криминогенной деформацией их побудительных мотивов. Формирование системы побуждений личности возможного правонарушителя и их актуализация в конкретной жизненной ситуации главным образом выполняют отражательную функцию; возникновение мотива и формирование цели поведения — побудительную; выбор путей достижения цели, прогноз возможных последствий и принятие решения на совершение проступка — регулятивную; контроль и коррекция действий, анализ наступивших последствий, раскаяние или выработка защитного мотива — контролирующую (Кудрявцев В.Н., 1986).

В.В.Гульдан на основе данных о нарушениях структуры мотивов, их опосредованного характера и иерархичности построения выделил два основных механизма формирования мотивов противоправных действий у психопатических личностей: нарушение опосредования потребностей и нарушение их опредмечивания. Нарушения опосредования потребностей, в соответствии с представлениями автора, заключаются в несформированности либо в разрушении у этих лиц под влиянием каких-либо факторов (например, аффективного возбуждения) социально детерминированных способов реализации потребностей. При этом, отмечает В.В.Гульдан, нарушается связь субъективной возможности реализации потребности с сознательно принятым намерением, целью, оценкой ситуации, прошлым опытом, прогнозом будущих событий, регулятивной функцией самооценки, социальными нормами и др. Уменьшается число звеньев в общей структуре деятельности, что ведет к непосредственной реализации возникающих побуждений. Потребности приобретают характер влечений. По этому механизму формируются аффектогенные и ситуационно-импульсивные мотивы противоправных действий.

Аффектогенные мотивы характеризуются тем, что непосредственным мотивом поведения становится стремление к немедленному устранению источника психотравмирующих переживаний. Эмоциональное возбуждение, возникающее в связи с объективной или субъективной невозможностью рационального разрешения конфликта, разрушает основные

виды контроля и опосредования поведения, снимает запрет на деструктивные, насильственные действия и побуждает к ним. У психопатических личностей по сравнению с психически здоровыми лицами наблюдается более низкий «порог» аффективного реагирования и распространенность условных психогений. В ситуационно-импульсивных мотивах актуальная потребность удовлетворяется «ближайшим объектом» без учета существующих норм, прошлого опыта, конкретной ситуации, возможных последствий своих действий. При этом если в «волевом» преступном действии социальные и правовые нормы преодолеваются тем или иным образом в сознании субъекта, то при импульсивном поведении они вообще не актуализируются в качестве фактора, опосредующего поведение.

К мотивам, связанным с нарушением формирования предмета потребности, относятся мотивы психопатической самоактуализации, мотивы-суррогаты и суггестивные (внушенные) мотивы противоправных действий. Общим в них является формирование мотивов, отчужденных от актуальных потребностей субъекта и ведущих при их реализации к его социальной дезадаптации. Мотивы психопатической самоактуализации, при которых устойчивое мотивационное значение приобретает та или иная черта личностной дисгармонии, ведут к реализации стереотипных, ригидных «сценариев личности», осуществляемых в определенной мере независимо от внешних условий и актуальных потребностей субъекта. Формирование мотивов-суррогатов связано с объективной, а у психопатических личностей — чаще с субъективной невозможностью адекватного опредмечивания потребностей. Их реализация ведет не к удовлетворению потребности, а лишь к временной разрядке напряжения, связанного с этой потребностью. Суггестивные мотивы по отношению к потребностям субъекта носят внешний, заимствованный характер, их содержание может быть прямо противоположным собственным установкам, ценностным ориентациям личности (Гульдан В.В., 1986).

Важное значение для понимания и прогнозирования отклоняющегося поведения имеет также изучение личности неблагополучного ребенка или подростка, его социально-психологических и психологических свойств, таких как: эгоцентризм с преимущественной ориентацией на собственные

субъективно-значимые ценности и цели с недоучетом требований реальности, интересов окружающих лиц; нетерпимость в отношении психологического дискомфорта; недостаточный уровень контроля за собственными эмоциональными реакциями и поведением в целом; импульсивность, когда актуальные побуждения, минуя когнитивную переработку, непосредственно реализуются в поведении; низкий уровень эмпатии, отражающий сниженную чувствительность к страданиям других лиц, недостаточная степень интериоризации морально-этических и правовых норм, интериоризация асоциальных норм, регулирующих поведение и т.д.

По мнению В.Н.Кудрявцева, «совокупность специфических свойств личности преступника может служить научно-практическим ориентиром при изучении лиц с отклоняющимся поведением, при прогнозировании и предупреждении возможных преступлений этих лиц». Изучение личности, считает Ю.М.Антонян, в этом случае «предполагает получение информации о ее потребностях и интересах, ценностных ориентациях, степени и качестве социализации индивида, особенностях его реагирования на те или иные обстоятельства, мотивах, реализованных в других поступках, типологической психологической характеристике личности в целом». «В ходе анализа,— отмечает автор,— необходимо поставить вопрос: какие элементы ситуации или она в целом и каким образом воздействовали на те или иные элементы (этапы) мотивационного процесса, на формирование мотивов, их конкуренцию, иерархию и т.д.». При этом отмечается, что, по наблюдениям целого ряда исследователей противоправного поведения, личность как бы тяготеет к определенным ситуациям в силу того, что они для нее оказываются адекватными, т.е. отвечающими ее внутренней структуре.

Аддиктивное поведение

Нездоровый образ жизни, алкоголизация и никотинизация населения, все более распространяющееся употребление наркотиков и токсических веществ, делинквентное поведение, включая сексуальные девиации, уход от социально конструктивной деятельности, праздное времяпрепровождение — все это дает основания для формирования концепции саморазрушающего поведения как проявления дисфункционального состояния личности (Попов Ю.В., 1994). По мнению автора, в

основе саморазрушающего поведения лежит стремление к уходу от жизненных проблем. Алкоголизация и наркотизация, хотя и считаются универсальными средствами ухода от действительности, не являются единственными.

В этой связи широкое распространение получило исследование одной из форм девиантного поведения — аддиктивного поведения. Аддиктивное поведение — это форма отклоняющегося поведения, характеризующаяся стремлением к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксацией внимания на определенных видах деятельности,что направлено на развитие и поддержание интенсивных эмоций (Короленко Ц.П., Донских Т.А.).

Не только наркотическая, но любая другая прогрессирующая зависимость (в принципе, от чего угодно, в том числе от игральных автоматов — гемблинг, от компьютеров — интернет-аддикшн и т.д.) приводит к постепенному отстранению от других видов деятельности и развлечений, сужает круг увлечений и интересов.

Развиваемая Ц.П.Короленко концепция аддиктивного поведения исходит из положения о наличии общих механизмов, свойственных различным формам аддикции как фармакологического, так и нефармакологического содержания. При этом наблюдается снижение уровня требований и критики к окружающим и к самому себе, что может сопровождаться упрощением личности с нивелировкой личностных свойств, вплоть до ее постепенной деградации.

Основным мотивом поведения становится активное стремление к изменению неудовлетворяющего психического состояния, которое представляется скучным, однообразным и монотонным. Окружающие события не вызывают интереса и не являются источником приятных эмоциональных переживаний.

Анализируя психологические механизмы, лежащие в основе различных аддикции, Ц.П.Короленко приходит к заключению о том, что «начало формирования аддиктивного процесса происходит всегда на эмоциональном уровне. Существует эмоциональное состояние, объединяющее различные (фармакологические и нефармакологические) аддикции. В основе его находится свойственное человеку стремление к психологическому комфорту. В нормальных условиях психологичес-

кий комфорт достигается различными путями: преодолением препятствий, достижением значимых целей, удовлетворением любопытства, реализацией исследовательского интереса, проявлением симпатии к другим людям, оказанием им помощи и поддержки, исследованием религиозному опыту и переживаниям, занятиями спортом, психологическими упражнениями, уходом в мир воображения и фантазий и др.

В случаях формирования аддикций этот множественный выбор резко сужается: происходит фиксация на каком-нибудь одном способе достижения комфорта, все другие исключаются или отодвигаются на второй план и используются все реже. Этот процесс можно назвать конвергенцией эмоционального комфорта, с резким ограничением используемых способов его достижения, способов выбора».

B.Segal описывает психологические особенности, характеризующие лиц с аддиктивным поведением. К основным признакам таких личностей относятся следующие: сниженная переносимость трудностей повседневной жизни наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций; скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством; внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами; стремление говорить неправду; стремление обвинять других, зная, что они невиновны; стремление уходить от ответственности в принятии решений; стереотипность, повторяемость поведения; зависимость; тревожность (цит. по: Менделевич В.Д., 1998).

В.А.Петровский описывает характерный для аддиктивных личностей феномен «жажды острых ощущений» со стремлением к риску, тяготением к опасным ситуациям и видам деятельности, отсутствием стабильности и надежности в межличностных взаимоотношениях. Основным в поведении аддиктивной личности является стремление к уходу от реальности, страх перед обыденной, серой и скучной жизнью, перед обязательствами и ответственностью, склонность к интенсивным эмоциональным переживаниям, к опасным ситуациям, риску и авантюрам.

Социальная дезадаптация подростков с делинквентным поведением непосредственно связана с отклонениями в формировании процессов самосознания, особенно когнитивного его компонента (В.С.Чудновский, А.Ю.Кржечковский, А.А.Мо-

жейко). Особенности осознавания образа «Я» являются отражением существенных механизмов отклоняющегося поведения подростков, особенно в случаях патологической дезадаптации. Недостаточная зрелость личности, проявляющаяся в низком уровне самосознания, препятствует адекватной саморегуляции поведения, так как мотивация поступков и контроль за ними базируются в этих случаях на неточных (поверхностных и фрагментарных) представлениях о своих возможностях и *месте,* занимаемом в обществе. Необходимость постоянно приспосабливаться к новым требованиям создает большие психологические трудности и проблемы, приводит к возникновению разнообразных патохарактерологических реакций и к социально-психологической дезадаптации.

Например, формирование псевдопищевого поведения может происходить у человека еще в раннем детстве, когда пищевое поведение стимулируется страхом наказания. Съедая пищу под угрозой страха, ребенок получает мотивацию защитно-оборонительного характера, а не истинно пищевого поведения. Тот же самый феномен может наблюдаться и при противоречивом поведении родителей в семье, где, например, любовная мотивация («кого ты больше любишь — папу или маму?») формирует псевдопищевое поведение. Вследствие такого неадекватного научения ребенок будет всю жизнь «заедать» состояние тревоги едой, что может стимулировать и формирование «психологического обжорства», например неразборчивости в многочисленных сексуальных контактах, в социальных взаимоотношениях.

В дисгармонии потребностей, опредмеченных подобным образом, лежат истоки сахарного диабета, ожирения, анорексии, алкоголизма. В противоположность перееданию защитная реакция организма может также приводить к подавлению аппетита и к подростковой анорексии. Иногда гедонистические потребности извращаются, когда родители, применяющие отсроченное наказание ребенка, создают ситуацию, при которой боль от наказания воспринимается как удовлетворение или удовольствие от страха и тревоги, вызванное чувством вины. Происходит деформация консумматорного поведения, ведущая к формированию мазохистских компонентов, проявляющихся в потреблении острых блюд (употребление перца и острых приправ, предпочтение водки легким спиртным напиткам).

Психосоматические заболевания могут возникать и в результате дезадаптивного замещения, когда введение определенных веществ (психотропных препаратов, алкоголя), тормозящее выделение естественных эндорфинов собственного организма, приводит к деформации личности в направлении формирования алкоголизма и наркомании. Неадекватное научение способствует и другим формам псевдоповедения. Так, у больного язвенной болезнью желудок активизируется (гиперсекреция и повышенная моторика) на ситуации, не имеющие никакого непосредственного отношения к удовлетворению пищевой потребности: на межличностные конфликты, на неблагоприятные взаимоотношения в семье или на работе, которые «заедаются» пищей.

Биологическое направление в интерпретации психосоматических заболеваний

Кортико-висцералышя теория

Источники кортико-висцеральной теории можно обнаружить в трудах И.М.Сеченова, касающихся рефлекторных основ психической деятельности, единства соматических и психических проявлений. И.П.Павлов (1903) раскрывал мотивацию подкрепления, пытаясь проникнуть в самую суть психических проявлений, понять физиологические основы поведения с его соматическими и вегетативными проявлениями. Завершив исследование механизма пищевого рефлекса, И.П.Павлов распространил принципы рефлекторной деятельности на висцеральную систему.

Непосредственным продолжением этих работ явились дальнейшие исследования, проведенные К.М.Быковым (1947) и его сотрудниками. Как полагает Н.Ф.Суворов (1986), К.М.Быкову удалось сформулировать ряд фундаментальных обобщений. Экстероцептивный условный рефлекс можно образовать на деятельность любого внутреннего органа, функция которого не поддается произвольному волевому управлению. Получил дальнейшее развитие известный павловский тезис о том, что всякое колебание внешней среды по механизму временной кортикальной связи может изменить функцию висцеральных систем.

Таким образом, кора больших полушарий головного мозга

может, при определенных условиях, оказывать свое воздействие на работу висцеральных систем, на все их функции, вплоть *до* обменных. К.М.Быков обнаружил также интероцептивные сигналы, которые поступают по афферентным проводникам в подкорковые ядра и некоторые отделы коры, чем подтвердил предсказание И.П.Павлова о существовании внутренних анализаторов наряду с внешними. Эта интероцептивная информация может достигать коры головного мозга, и на ее основе могут образоваться временные связи, мало чем отличающиеся от классических, т.е. сигнализация от внутренних органов может включаться в общие механизмы условно-рефлекторной интегративной деятельности мозга. Эти обобщения послужили основой для создания теории кортико-висцеральных взаимоотношений (Быков К.М., 1942; 1947). К.М.Быков и И.Т.Курцин (I960), базируясь на полученных лабораторных и клинических материалах, создали гипотезу о кортико-висцеральном происхождении психосоматических заболеваний. Возникновение последних связано с первичным нарушением корковых механизмов управления висцеральными органами, обусловленным перенапряжением возбуждения и торможения в коре мозга. Были созданы экспериментальные неврозы сердца, сосудов, желудка и кишечника, синдромы коронарной недостаточности, язвы желудка и т.д.

Пусковыми механизмами психосоматических расстройств могут быть факторы внешней и внутренней среды или нарушения экстеро- и интероцептивной сигнализации, приводящие к конфликтной ситуации между возбуждением и торможением в коре и подкорке, что, в конечном итоге, вызывает невроз или психоз. Было сделано заключение о том, что в большинстве случаев носителями психосоматических расстройств являются личности со слабым и неуравновешенным сильным типом нервной системы. Избирательность локализации болезненного процесса связана с функциональным состоянием органа, его повышенной реактивностью и пониженной сопротивляемостью.

В противовес классическому психоанализу, широко использовавшемуся для объяснения генеза психосоматических расстройств, кортико-висцеральная теория дала ответ на некоторые принципиальные вопросы. Она не игнорировала роль внешних факторов в происхождении субъективных пе-

реживаний, утверждала значение условно-рефлекторных механизмов в психической деятельности, пыталась раскрыть конкретные физиологические механизмы ЦНС, посредством которых психическое воздействует на соматические висцеральные системы организма. В то же время кортико-висцеральная теория, явившаяся основной в физиологическом направлении психосоматической медицины, подвергалась серьезной критике. Возражение вызывало утверждение о пусковом и регулирующем характере влияний коры головного мозга на висцеральные функции. На самом деле кора должна быть свободна от постоянных влияний внутренних органов, ее основная забота — внешний мир, а в теле все функционирует автоматически (И.П.Павлов).

Висцеральные системы имеют механизмы саморегуляции, действующие без участия корковых систем. Критиковали также отождествление кортикальных и психических механизмов воздействия на функции внутренних органов. На самом деле эти механизмы могут различаться, так как кортикальные влияния могут быть как осознаваемыми (психическими), так и неосознаваемыми.

Существуют три уровня взаимоотношений в кортико-висцеральной физиологии: кортикальные, подкорковые и висцерально-вегетативные уровни регуляции, действующие посредством нейрофизиологических, медиаторных и гормональных механизмов (Исаев Д.Н., 2000). Н.Ф.Суворов полагает, что все влияния коры головного мозга на висцеральные системы опосредованы многими подкорковыми структурами, о которых известно недостаточно, хотя они во многом могут определять патологию внутренних органов.

Для формирования современных представлений психосоматической медицины исследования К.М.Быкова и И.Т.Курцына продолжают сохранять свою актуальность. Они показывают, что особое значение для локализации поражения той или иной системы (органа) имеет их исходная дефектность. При ослаблении какой-либо физиологической системы (органа) она и вовлекается в патологический процесс независимо от конкретного психологического содержания конфликта. Представление о причинах органной локализации повреждения требует учета функционального состояния систем и органов в период эмоционального напряжения.

Глава 8. КЛЮЧЕВЫЕ ТЕРМИНЫ И ИНТЕРПРЕТАТИВНЫЕ СХЕМЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ОБЪЯСНЕНИИ ЭТИОЛОГИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Социально-психологический уровень интерпретации

Эгоцентризм

В проведенных многочисленных исследованиях было показано, что существуют неспецифические психологические особенности, характерные в целом для всех больных с самыми разнообразными видами психосоматической патологии. К таким психологическим чертам относятся: эгоцентризм, личностная незрелость, инфантилизм, неспособность управлять символическими процессами в целях коммуникации, а также недостаточная степень эмоциональной вовлеченности в происходящие события, неумение описывать тонкие нюансы собственных переживаний, находить точные слова для самовыражения. Я.Рейковский отмечает в этой связи, что благоприятные условия для возникновения психосоматических заболеваний складываются, когда доминирующими являются личные интересы и потребности, когда достижение личных целей является главным источником жизненной активности.

Большинство авторов рассматривают эгоцентризм с его фиксированностью на собственных интересах, своем психологическом мире, телесных ощущениях с недоучетом или игнорированием интересов других людей, требований внешней ситуации, окружающего мира в его пространственно-временном континууме как обязательную принадлежность «психосоматической» личностной структуры. Сосредоточенность на разнообразных - эмоциональном, физическом, психологическом, экзистенциально-философском — аспектах собственного «Я» делает это «Я» грандиозным, затмевая для индивида окружающих его людей. Весь мир сужается до размеров собственного «жизненного пространства», в котором только и могут происходить действительно значимые для индивида события. Эгоцентрическая направленность личности обнаруживает себя в гипертрофированно рациональном отношении

к миру, прагматизме, потребительских склонностях, рентных установках.

Так, по данным Я.Рейковского, поступки пациентов с гипертонической болезнью, в соответствии с результатами проведенного экспериментально-психологического исследования, оказались почти исключительно «потребительскими», тогда как здоровые, кроме проявлений концентрации на себе самом, обнаружили также способность концентрации на внешней ситуации, на требованиях внешней ситуации, интересов окружающих. При этом больные по сравнению со здоровыми получили значительно меньше показателей самоодобрения. У больных также было значительно меньше, чем у здоровых, показателей активности, готовности к активному преодолению трудностей, к достижению целей. «Не исключено, — отмечает также автор, — что доминирующие у больных эгоцентрические установки могут быть источником частых и очень сильных эмоциональных реакций, которые с большим трудом поддаются контролю».

Экспериментально-психологические и клинические исследования, проведенные в лаборатории Я.Рейковского (1979), позволили автору прийти к заключению о том, что эмоциональные реакции больных с разнообразными психосоматическими нарушениями свидетельствуют «об особенно высокой степени концентрации на себе самом, или, выражаясь иначе, о доминирующей роли «структуры Я» как механизма, регулирующего поведение, при одновременном отсутствии адекватных средств для удовлетворения связанных с этим потребностей, или при неодобрении своего «Я».

При этом «структура Я», в соответствии с представлениями Я.Рейковского, формируется под влиянием информации, поступающей от собственного организма, — информации о протекании и результатах предпринятой субъектом деятельности, а также под влиянием оценок и мнений окружающих. Таким образом, эгоцентрическая направленность личности формируется на основе неодобрения телесных аспектов «Я», неприятия (или амбивалентной оценки) соматического (биологического) уровня «Я-концепции». В заключение автор формулирует гипотезу, в соответствии с которой одним из потенциальных факторов, обусловливающих психосоматические заболевания, может быть дефект в процессе социализации индивида. Этот дефект определяется как одностороннее разви-

тие эгоцентрических установок, которых индивид не одобряет вследствие интернализации социальных норм и которые он не в состоянии активно реализовывать ввиду того, что он их не одобряет. Такая внутренне противоречивая структура личности с ограниченной способностью к самореализации, а вместе с тем к решению задач, следующих из выполняемых ролей, может стать гипотетическим устойчивым источником нарушений в эмоциональном и вегетативном функционировании человека.

Эмоциональный контроль

Каразу подчеркивает, что для больных разнообразными психосоматическими заболеваниями характерно формирование наиболее жестких и архаичных защитных механизмов отрицания и реакций, направленных против переживания аффекта; эти больные, по его мнению, неспособны выражать отрицательные чувства, особенно агрессивность. В соответствии с представлениями Каразу, многие пациенты с психосоматическими заболеваниями рассматривают психологический конфликт как признак слабости характера, а эмоциональные проблемы — как равнозначные симуляции; типичным для них является отношение к проявлениям зависимости как к чему-то постыдному.

Больным свойственен высокий эмоциональный контроль, за которым обнаруживается стремление к отказу от выражения собственных потребностей, зависимость, разочарование, гнев, а также сознание своей беспомощности. Высокий эмоциональный контроль описывается наряду с такими качествами больных психосоматическими расстройствами, как обязательность, ответственность, развитое чувство долга, повышенная нормативность, приверженность морально-этическим нормам, носящая подчас гипертрофированный характер.

Чрезмерный самоконтроль обнаруживается не только на ментальном, психологическом уровне, но также и во внешнем поведении, позах, походке, почерке, жестах, мимике — словом, во всех аспектах невербальных проявлений. Движения постоянно контролируются и регламентируются, приобретая оттенок скованности, «деревянности», интонационные характеристики речи сглаживаются, производя впечатление монотонности и однообразия.

Инфантилизм

Н.Д.Былкина считает, что для психосоматических теорий «новой волны» очень важной предпосылкой оказалось разработанное Дж.Райхом понятие инфантильной личности, для которой характерны зависимость и пассивность, детские способы мышления, тенденция реагировать действиями, завышенные притязания, пассивная агрессивность. Их эмоции и чувства не выражаются в экспрессивном поведении, фантазии стереотипны и примитивны, они «эмоционально сцеплены» с «ключевой фигурой», обычно с матерью.

В некоторых психосоматических теориях используется понятие «потери объекта» («объектная потеря») как процесса действительной, угрожающей или воображаемой потери значимого объекта, в роли которого может выступать смерть близкого человека или длительное нарушение контакта с ним. Особенно опасна потеря «ключевой фигуры» — наиболее значимого в жизни лица. Пациенты с психосоматическими нарушениями не умеют адекватно перерабатывать переживания потери объекта, которая вследствие этого остается непреодоленной, не утратившей своей актуальности. Длительный хронический стресс такого рода может приводить к формированию заболевания.

При этом психологическая зависимость от другого лица может проявляться как в положительных чувствах по отношению к нему, так и в отрицательных. Любое сильное эмоциональное переживание взаимоотношений с другим человеком фиксирует его значимость в субъективной картине мира переживающего. В.Райх отметил, что психологические признаки зависимости выявляются у большинства пациентов с психосоматическими заболеваниями, симбиотически связанных с матерью и отличающихся «недоразвитием личности» и эмоциональной незрелостью. По-видимому, все же речь может идти не о «недоразвитии» личности, т.е. социальных качеств индивида, а, скорее, о «недоразвитии» индивидуальности, психологической «модальности» индивида со свойственной ему известной степенью самостоятельности и автономности, способности принимать решения и брать на себя ответственность за сделанный выбор.

Личности с чертами инфантилизма переносят симбиотический характер взаимоотношений с матерью во все другие

формы взаимоотношений: они выбирают сексуального партнера, выполняющего по отношению к ним доминирующую функцию «отца» или «матери», они привносят черты ребячливости в профессиональные взаимоотношения, демонстрируя в формальной ролевой структуре повышенную зависимость от оценок окружающих, в основе которой неизменно лежит неуверенность в себе, неспособность отказаться от отношений зависимости с окружающими.

В.Д.Тополянский, М.В.Струковская (1986) следующим образом описывают эмоциональные особенности лиц с чертами инфантилизма: «в отличие от хорошо интегрированного человека (способного к адекватной оценке любых обстоятельств и подчинению всех случайных или ситуационных интересов доминирующей потребности) эмоциональные реакции у этих людей отвечают нередко лишь одной, непропорционально выраженной потребности данного момента, что создает подчас острое противоречие с основными интересами личности (бурные аффективные вспышки могут протекать в таких случаях по существу на уровне самодеструктивного поведения). Усугубление эмоционального конфликта связано с возникновением амбивалентных чувств (если ни одна из ряда негативных эмоций не получает доминирующего значения).

Эмоциональная незрелость

Важным шагом в интерпретации психосоматической патологии стала теория десоматизации — ресоматизации, сформулированная в конце 20-х годов XX века М.Шур. В соответствии с представлениями М.Шур в рамках теории десоматизации-ресоматизации, предрасположенность к психосоматическим заболеваниям вызывается недостаточной дифференцированностью эмоциональных и соматических процессов у лиц с явлениями инфантилизма. Любое эмоциональное нарушение у таких личностей легко трансформируется в расстройство соматических функций. Причины психосоматических заболеваний, по мнению М.Шур, связаны с провалами в деятельности «Эго» и регрессией на более низкий уровень психосоматического функционирования.

Напротив, развитое, зрелое «Эго» обеспечивает адекватный контроль побуждений и эмоций, независимость от непроизвольных средств разрядки побуждений. Если же под влиянием стресса защитные механизмы разрушаются, проис-

ходит регрессия на физиологический уровень реагирования и возникают условия для формирования сердечно-сосудистых, пищеварительных и других расстройств. При наличии физиологического сопровождения эмоции ее осознания как специфического психологического переживания на уровне психической деятельности не происходит.

С позиций теории М.Шур становится понятной невысокая эффективность применения патогенетической психотерапии в клинике внутренних болезней. В соответствии с многочисленными публикациями по проблеме психотерапии психосоматических расстройств, эффективными в системе комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий психосоматических заболеваний оказываются преимущественно симптоматические методы лечения: гипноз, аутотренинг, разнообразные релаксационные методики, биообратная связь. При попытках использовать патогенетические методы психотерапии во многих случаях на эмоциогенную провокацию (анализ актуальной внутриличностной проблематики) следует обострение соматической симптоматики: отмечается подъем артериального давления, приступ удушья, болевой синдром. Частые ухудшения соматического состояния с манифестацией соматической симптоматики при патогенетической психотерапии психосоматических нарушений приводят к их ограниченному использованию в клинике внутренних болезней.

Алекситимия

Среди факторов, предрасполагающих к возникновению психосоматической патологии, отмечается также такая психологическая особенность, как алекситимия. Термин «алекситимия» означает «недостаток слов для выражения чувств». Термин был предложен П.Сифнеосом для обозначения ведущего, по его мнению, психического расстройства, лежащего в основе психосоматических заболеваний — ограниченной способности индивида к восприятию собственных чувств и эмоций, их адекватной вербализации и экспрессивной передаче. П.Сифнеос полагал, что эмоциональная невыразительность создает конфликтную ситуацию в межличностной сфере, а эмоциональное напряжение трансформируется в патологические физиологические реакции.

В современной интерпретации это понятие включает в себя трудности в описании собственных чувств, в дифференциации

чувств и телесных ощущений, сужение аффективного опыта, снижение способности к символизации, бедность фантазий и воображения, предпочтение фокусированности внимания на внешних объектах (Эйдемиллер Э.Г., Макарова О.Ф., 2000).

«Алекситимики» бесконечно долго и детально описывают физические ощущения, часто напрямую не связанные с основным заболеванием, в то время как внутренние ощущения, характеризующие эмоциональную жизнь, излагаются ими в терминах раздражительности, скуки, пустоты, усталости, недифференцированного возбуждения или напряжения. Эмоциональная сфера личностей с чертами алекситимии слабо дифференцирована, аффекты неадекватны, воображение развито недостаточно, уровень абстрактно-логического мышления невысок. «Алекситимики» отличаются неразвитой фантазией, тенденцией к импульсивности, бедностью межличностных связей. Типичны также инфантилизм, чрезмерный прагматизм, дефицит рефлексии, эмоциональная неустойчивость с частыми «срывами». Их преобладающий образ жизни —действие. Взаимодействие с такими людьми приносит ощущение скуки и бессмысленности контакта. «Алекситимику» трудно работать со снами, поскольку он редко их вспоминает и скупо описывает.

Для объяснения синдрома алекситимии J.S.Nemah выделяет две модели: «отрицания» и «дефицита». Модель «отрицания» предполагает глобальное торможение аффектов, поэтому в данном случае можно говорить о «вторичной алекситимии» и рассматривать ее как психологическую защиту, предполагая ее обратимость. Ряд авторов (Sifneos P., 1973; Ересько Д.Б., Исурина ГЛ., Кайдановская Е.В., Карвасарский Б.Д., 1994) считает, что у многих больных алекситимические проявления необратимы, несмотря на длительную, интенсивную и искусную глубинную психотерапию. Такого рода алекситимия является первичной. Для ее объяснения используется модель «дефицита», вызванного биохимическими, нейрофизиологическими или генетически обусловленными нарушениями(Эйдемиллер Э.Г., Макарова О.Ф., 2000).

Л.П.Урванцев (1998) выделяет несколько групп черт, характерных для страдающих алекситимией: расстройства аффективных функций, нарушения когнитивных процессов, нарушение самосознания и особое восприятие мира («специфическая картина мира», с недостаточностью его чувственного переживания).

Как социокультуральный феномен алекситимия связана с низким социальным статусом, с невысоким уровнем образования, с недостатком словесной культуры. В рамках психоанализа алекситимия рассматривается как защитный механизм, действующий против невыносимых для личности аффектов. Действительно, личности с алекситимическими чертами чаще высказывают жалобы соматического характера, что в ряде случаев является признаком соматизации аффекта.

Если подавление чувств, эмоциональных реакций, в том числе на ситуацию опасности, жесткая регламентация эмоциональных проявлений становится хронической, превращаясь в стиль жизни, то межличностные взаимоотношения становятся дистанцированными, приобретают черты поверхностности и формальности. Нивелирование эмоциональных проявлений придает поведению нейтральность и безучастность, а текущим эмоциональным реакциям — оттенок безразличия.

Алекситимия как проявление дефекта развития является, по мнению Л.П.Урванцева, неспецифическим расстройством в переживании и протекании эмоций, «досимволическим стилем психики», характерным для лиц с низким уровнем дифференцированности психических структур. Такую психику можно отнести к преневротическому уровню. Алекситимики используют незрелые механизмы психологической защиты, такие как отреагирование, отрицание, проективную идентификацию. Непосредственной причиной подобного дефекта развития может быть расстройство ранних отношений «мать-ребенок», негативно влияющее на становление представлений о мире и о собственной личности.

В.В.Николаева устанавливает связь феномена алекситимии с особенностями психической саморегуляции, основываясь на концепции смысловых образований личности (Братусь Б.С, Василюк Ф.Е.). Важный источник устойчивости, свободы и саморазвития личности — это рефлексия, которая позволяет осознать смысл собственной жизни и деятельности и является частным механизмом личностно-мотивационного уровня саморегуляции. Дефицит рефлексии проявляется в том, что «алекситимик» неспособен управлять своими побуждениями, гибко перестраивать их в соответствии с изменяющимися условиями текущей жизненной ситуации, поскольку в процессе онтогенеза потребность в саморегуляции не была

сформирована. Невозможность реализации актуальных потребностей ведет к хронизации эмоций и, как следствие, к стойким соматическим изменениям.

Основные принципы психологической коррекции алекситимии описаны Н.Д.Семеновой (1993). В условиях групповых занятий психологическая коррекция должна состоять их трех последовательных этапов: 1) релаксация и дидактическая направленность; 2) опора на невербальные средства общения; 3) актуализация «внутреннего диалога». Релаксирующими приемами, в соответствии с представлениями автора, могут быть аутогенная тренировка, сеансы музыкотерапии, вспомогательные приемы психогимнастики. При этом развивается способность чувствовать и умение вербализовывать чувства по принципу «здесь и теперь». Актуализация невербальных способов общения и опора на них также способствуют «растормаживанию» чувств. Наконец, с помощью специальных приемов актуализируются скрытые, не полностью осознанные внутренние диалоги; они развертываются и вербализуются. «Внутренние диалоги» алекситимической личности недифференцированы, диффузны, смазаны, слитны, в них трудноразличимы два внутренних собеседника.

С целью психологической коррекции алекситимии можно также модифицировать психодинамическую психотерапию таким образом, чтобы она напоминала работу с детьми, когда психотерапевт ведет себя подобно матери, помогая «алекситимику» в достижении психологической зрелости, обучая его созданию символов, помогая осознавать, наблюдать и организовывать аффекты, работая над его дефектным коммуникативным стилем.

Агрессивность

Если у матери есть преневротическая патология, она, проявляя гиперопеку или латентное отвержение в воспитании, не может научить ребенка самостоятельной саморегуляции, самозащите, стратегиям совладания с напряжением. Отсутствие стабильности и принятия во взаимоотношениях с матерью, не обеспечивая маленького человека необходимым количеством душевного тепла, формирует у него чувство неуверенности, заставляя компенсаторно искать защиту в симбиотических взаимоотношениях либо, защищаясь, вступать с потенциально враждебным миром в отношения враждебной

конфронтации. Враждебность к миру дополняется враждебностью к самому себе. Ауто- и гетероагрессивные черты становятся устойчивой особенностью личности пациентов с самыми различными психосоматическими нарушениями.

Под агрессивным поведением (агрессией) понимают адресованное другому человеку, группе лиц или собственной личности поведение, характеризующееся инициативностью и целенаправленностью; целью агрессии является причинение вреда, нанесение ущерба, а специфическим способом достижения цели — применение силы или угроза ее применения. К признакам, квалифицирующим то или иное действие как агрессивное, относятся следующие основные черты: наличие субъект-субъектного или субъект-объектного взаимодействия; вне процесса общения агрессии не существует, и в этом смысле она рассматривается как патологическая форма межличностного взаимодействия; наличие признака инициативы и направленности действий против конкретного человека или объекта; наличие цели или результата действий, заключающихся в причинении вреда, нанесении ущерба; использование в качестве способа достижения цели непосредственного применения силы, угрозы ее применения или демонстрации превосходства в силе (Соловьева С.Л., 1998).

Как правило, в исследованиях, посвященных проблеме агрессивного поведения, выделяются три группы причин, влияющих на агрессию: биологические, социальные и психологические. К биологическим факторам наиболее часто относят: наследственность, отягощенную психическими заболеваниями, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков и психотропных препаратов, наличие в анамнезе тяжелых или повторных черепно-мозговых травм, а также в ряде случаев инфекций, интоксикаций и т.д.

В качестве социальных факторов, оказывающих свое воздействие на агрессивное поведение, выступают: полученное образование, наличие и характер выполняемой работы, семейное положение, общение в асоциальных группах и другие. Среди психологических характеристик, связанных с агрессивностью как свойством личности, рассматриваются: выраженность в структуре личности черт эгоцентризма, эмоциональной неустойчивости, импульсивности, тревожности, а также склонность к дисфориям, к эмоциям ярости и гнева. Могут иметь значение особенности самооценки, локуса кон-

троля. Одну из центральных ролей в организации агрессивного поведения играют характеристики мотивационной сферы, а также уровень социализации индивида со степенью интериоризации регулирующих поведение морально-этических и правовых норм.

Среди видов агрессивного поведения выделяется агрессия физическая и вербальная (словесная — угрозы, оскорбления, критика и т.д.). По наблюдениям Х.Хекхаузена, если для детского возраста характерно применение физической агрессии (у детей от 3 до 10 лет отмечается приблизительно 9 актов физической агрессии в час), то у взрослых она социализируется, приобретая социально приемлемые формы, превращаясь в агрессию вербальную. К наиболее социализированным формам вербальной агрессии относятся ирония, юмор, сатира. Агрессивное поведение бывает также гневным, мотивированным эмоцией гнева, и инструментальным, когда в рамках более общей деятельности агрессивное действие выступает в качестве инструмента, используемого для достижения какой-либо другой цели. Примерами инструментальной агрессии могут быть шантаж, взятие заложников и т.д. Агрессия подразделяется в ряде исследований на скрытую (мечты, фантазии, воображение сюжетов мести, сцен насилия, сны) и открытую, которая, в свою очередь, делится на прямую (непосредственно выражаемую в поведении и адресованную лицу, спровоцировавшему агрессию), косвенную (когда вред причиняется не открыто, а косвенным путем — анонимные письма или сплетни вместо желаемой физической расправы над обидчиком) и перемещенную (со сменой объекта агрессии: вместо того чтобы ударить обидчика, можно пнуть кресло, кошку, собаку, ребенка, хлопнуть дверью и т.п.). Косвенная и перемещенная агрессия, как правило, наблюдается в тех случаях, когда лицо, спровоцировавшее агрессивные действия, защищено высоким социальным статусом, властью или физической силой. Агрессия также может быть направлена на окружающих (гетероагрессия) либо может быть адресована собственной личности (аутоагрессия). Наиболее брутальной формой аутоагрессивного поведения является суицид.

В рамках концепции агрессивного поведения крупнейшего представителя динамической психиатрии Гюнтера Аммона рассматривается три вида агрессии. Г.Аммон различает агрес-

сию конструктивную (открытое прямое проявление агрессии в социально приемлемой форме или с социально позитивным результатом), деструктивную (открытое прямое проявление агрессии в социально неприемлемой форме или с социально негативным результатом) и дефицитарную (связанную с дефицитом соответствующих поведенческих навыков и вследствие этого — с недостаточным отреагированием агрессивных побуждений). Дефицитарная форма агрессии, по данным современных авторов, в наибольшей степени характеризует пациентов с самыми разнообразными формами психосоматической патологии.

Неотреагированная (дефицитарная) агрессия может формировать неадекватную реакцию спазмирования сосудов мозга (гипертоническая болезнь) или коронарных сосудов (ишемическая болезнь сердца). Повышение артериального давления является адекватной реакцией на экстремальную внешнюю ситуацию, но хронически повышенное артериальное давление может поддерживаться подавленной неосознаваемой агрессивностью. Дефицитарная агрессивность характеризуется неспособностью к утолению гнева, в результате чего неотреагирование и длительное накопление, хронизация эмоций злости и гнева, помимо сосудистой гипертензии и стенокардии, может приводить к истощению иммунитета, вследствие чего облегчается формирование самого широкого спектра соматических расстройств. В этом случае дефицитарная агрессивность (распознаваемая при экспериментально-психологическом исследовании в виде амбивалентности агрессивных тенденций с признанием их значимости для личности при одновременном неодобрении и чрезмерном контроле) выступает в качестве общего неспецифического фактора всех психосоматических заболеваний.

Амбивалентность

Теоретически вполне допустимо предполагать, что предпосылки для формирования разнообразных соматических нарушений во внутренних органах создаются тогда, когда психологические доминанты, определяющие наиболее значимые личностные тенденции и соответствующее им поведение, в основе которых лежат противоположные по направленности физиологические процессы (например напряжение-расслабление), характеризуются амбивалентностью.

Об амбивалентности можно говорить, если какая-либо значимая «психологическая доминанта» одновременно одобряется и не одобряется личностью, в одно и то же время признается и отрицается, скрывается и обнаруживается в поведении. Так, например, в отношении больных с психосоматическими нарушениями сердечно-сосудистой системы в качестве такой «психологической доминанты» выступает агрессивность, в то время как у пациентов с психосоматическими нарушениями желудочно-кишечного тракта наиболее часто «психологической доминантой» является паранойяльность (подозрительность, недоверчивость, обидчивость, ранимость) (Соловьева С.Л., 1991).

Перфекционизм

Перфекционизм — стремление к совершенству, ригидная потребность безупречно выполнять все обязанности, все поручения и предъявляемые требования. В основе этой психологической характеристики лежит нереалистическая установка «всегда и во всем быть лучше всех» с непомерно завышенными требованиями как к окружающим, так и к собственной личности. Перфекционизм является частым атрибутом инфантильной личности, которая не знает своих «границ», пределов своей профессиональной и личной компетентности. Образ жизни, связанный с активной реализацией этой нереалистичной установки, практически всегда связан с длительным напряжением, которое переводит организм человека и все его психические функции в режим экстремального существования. Хроническое напряжение неизбежно приводит к астенизации, на фоне которой легко формируются эмоциональные нарушения тревожно-депрессивного плана. Перфекционизм в значительной части случаев наблюдается в структуре невротической личности; он также характерен для «психосоматической» личностной структуры.

В психологической структуре лиц с разнообразными психосоматическими нарушениями перфекционизм проявляется в виде таких социально-психологических черт, как повышенная ответственность, обязательность, требовательность, чрезмерная нормативность с развитым чувством долга, с неуклонной приверженностью морально-этическим нормам, с обязательным соблюдением групповых ценностей и целей. Такие

пациенты, акцентированные на групповых интересах в ущерб собственным субъективно-значимым склонностям, нередко производят впечатление «гиперсоциальных».

Поисковаяактивность

С точки зрения В.С. Ротенберга и В.В. Лршавского (1984), существует некоторая фундаментальная детерминанта поведения людей — потребность в поиске — «потребность в самом процессе постоянного изменения». С позиций сформулированной авторами концепции поисковой активности она является «общим неспецифическим фактором, определяющим устойчивость организма к стрессу и вредным воздействиям при самых различных формах поведения». При этом пассивно-оборонительную реакцию во всех ее проявлениях авторы предлагают рассматривать как отказ от поиска в неприемлемой для субъекта ситуации, полагая, что не ситуация сама по себе, а отказ от поиска делает организм более уязвимым: «стресс сменяется дистрессом тогда и только тогда, когда поиск уступает место отказу от поиска».

К поисковым, в соответствии с представлениями В.С.Ротенберга и В.ВЛршавского, не относятся все виды стереотипного, автоматизированного поведения, условнорефлекторная деятельность, т.е. такое любое поведение, результаты которого могут прогнозироваться с высокой степенью вероятности. К поисковому поведению не относятся такие специфические варианты отказа от поиска, как невротическая тревога и депрессия.

Поисковая активность обладает стимулирующим воздействием на организм и повышает его устойчивость к действию вредных факторов. Отказ от поиска, напротив, снижает адаптивные возможности организма. При этом, как считают авторы, поисковая активность может быть более значимым фактором адаптации, чем испытываемые человеком положительные эмоции: «если положительная эмоция, чувство удовлетворенности не сопровождаются поиском, устойчивость организма к внешним воздействиям остается низкой. Лучше отрицательные эмоции с поиском, чем положительные без него».

В этой связи отмечается, что неизменное положительное подкрепление, если оно не требует активных усилий от субъекта, обусловливает детренированность механизмов поисковой активности и снижает возможности организма к

противодействию эмоционально-негативным воздействиям. Идеальным сочетанием поиска и положительных эмоций является творчество, когда сам процесс поиска доставляет удовольствие и это удовольствие подкрепляет и делает субъективно более приятным последующий поиск. Важным для понимания концепции поисковой активности является положение о том, что «поиск направлен не столько на изменение безнадежной ситуации, сколько на сохранение собственного определенного поведения, обеспечивающего самоуважение».

С позиции концепции поисковой активности авторами интерпретируются психосоматические заболевания, в частности, связанные с нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы: «болезни достижения» — это «психосоматические заболевания, обусловленные хронической фрустрацией потребности в поиске, дефицитом необходимой поисковой активности». «Болезни достижения», — пишут авторы, это предостережение для тех, кто не склонен останавливаться на достигнутом. В целом же, в соответствии с концепцией, отказ от поиска «является неспецифической предпосылкой к развитию самых разнообразных форм патологии».

Выученная беспомощность

Еще одним понятием, используемым для описания роли психологических факторов в происхождении психосоматической патологии, является понятие выученной беспомощности. Выученная беспомощность — это состояние, которое возникает у человека или животных после более или менее длительного аверсивного воздействия, избежать которого не удается (в экспериментах на животных для этих целей используется электрический ток, а людям предъявляется серия нерешаемых задач, либо в процесс деятельности вводятся неустранимые помехи). У человека выученная беспомощность проявляется эмоциональными расстройствами (депрессия или невротическая тревога); на этом фоне возможно возникновение психосоматических расстройств (Петровский А.В., Ярошевский М.Г., 1998).

Основной характеристикой выученной беспомощности является ее тенденция к генерализации — будучи выработанной в одной конкретной ситуации, она, как правило, распространяется на многие другие, так что субъект перестает предпри-

нимать попытки справиться даже с теми задачами, которые поддаются решению.

Концепция «выученной беспомощности» («обученной беспомощности»), или «безнадежности» как причины многих нарушений эмоциональной или психосоматической природы, получила широкое распространение в западной психологии. Представление зарубежных психологов об этом феномене изложено, в частности, Мартином Селигменом под названием «безнадежность» (1975).

По мнению G.Engel, A.H.Schmale (1967), развитию психосоматического заболевания после эмоционального стресса способствует состояние беспомощности, когда все окружающее воспринимается как небезопасное и не доставляющее удовольствия, а сам человек чувствует себя покинутым. В то же время, если индивида окружает такая социальная среда, которая разделяет его оценки и мнения и где он может всегда найти эмоциональную поддержку, то вероятность патологического воздействия эмоционального стресса на соматическую сферу уменьшается (Caplan I., 1974). Поэтому социальную поддержку можно рассматривать как социально-психологический механизм, смягчающий отрицательные последствия стресса (Dean A., Lin N., 1977). Для человека наличие социальных связей столь важно, что одно уже их отсутствие или недостаточность может рассматриваться в качестве самостоятельных причин стресса (Henderson S., 1981).

Д.Н.Исаев (2000) отмечает, в частности, что «привязанность, возникающая между детьми и их родителями в самый чувствительный для этого период — вскоре после рождения, имеет колоссальное значение не только в качестве цементирующего фактора, объединяющего группы людей, но и в качестве механизма, обеспечивающего их безопасность. Формирование этого социального механизма основано на врожденных образцах поведения, что и определяет не только прочность привязанностей, но и их большую защитную силу. В тех Же случаях, когда родительская забота была недостаточной, а социальные отношения нарушались или отсутствовали, у детей в дальнейшем недоставало необходимых жизненных социальных качеств. Эти чувства беззащитности и неспособности оградить себя от опасности приводили к часто возникающим тревожным реакциям и почти постоянным нейроэндокринным изменениям».

Роль семьи в формировании психосоматических заболеваний

Выявленные психологические черты, присущие, по мнению самых различных авторов, больным с психосоматическими расстройствами, такие как эгоцентризм, инфантилизм с повышенной зависимостью от окружающих, эмоциональная незрелость, скрытая или явная агрессивность, алекситимия, избыточный контроль над эмоциями, — все эти особенности возникают у формирующейся личности в структуре и под воздействием межличностных взаимоотношений в родительской семье.

По мере исследования психологических факторов этиопатогенеза соматических расстройств постепенно накапливались эмпирические данные, которые все больше побуждали исследователей к изучению межличностных отношений больных психосоматическими заболеваниями. Результаты этих исследований далеко не всегда укладывались в рамки известных теорий или приводили к построению новых целостных концепций психосоматической медицины, однако они углубляют представления о природе психосоматических расстройств.

Установлено особое значение для развития ребёнка и снижения вероятности психосоматического заболевания в будущем адекватного поведения матери по отношению к ребенку с первых лет его жизни. Если мать отвергает попытки ребенка разрушить симбиотическую эмоциональную связь с нею, блокирует его стремление к автономии и независимости, то прогноз на будущее для ребенка становится неблагоприятным. В современной литературе существует описание так называемой психосоматической матери как авторитарной, доминирующей, открыто тревожной и латентно враждебной, требовательной и навязчивой. Психосоматическое заболевание включается в микросоциальный контекст внутрисемейных взаимоотношений.

Концепция стресса

Под стрессом понимают состояние организма, возникающее при воздействии необычных раздражителей и приводящее к напряжению неспецифических адаптационных механизмов организма (Горизонтов П.Д. и др., 1985). Первоначально понятие стресса (от англ. stress — давление, напряжение) возникло в физиологии для обозначения неспецифической биологической реакции организма в ответ на любое не-

благоприятное воздействие. Позднее оно стало использоваться и для описания типичных психических состояний человека в экстремальных условиях — психологический стресс. Психологический стресс, в свою очередь, подразделяется рядом авторов на эмоциональный стресс, возникающий в ситуациях угрозы, и информационный стресс, формирующийся при информационных перегрузках, связанных с напряженностью когнитивных процессов.

Представление о стрессе получило интенсивное развитие в теоретических и экспериментальных исследованиях в связи с предложенной Гансом Селье концепцией реагирования организма на неблагоприятные воздействия, позволяющей рассматривать различные физиологические и психологические проявления адаптации в ее целостности. Понимание роли неспецифических адаптационных и болезненных проявлений биологической активности в рамках концепции стресса цементировало разрозненные сведения о процессах адаптации организма, которыми располагала медицина.

Начало созданию концепции стресса положил случайно обнаруженный в эксперименте, проведенном Гансом Селье в 1936 году, «синдром ответа на повреждение как таковое», получивший впоследствии название «триада Селье», или «общий адаптационный синдром»: увеличение и повышение активности коркового слоя надпочечников, уменьшение вилочковой железы (тимуса) и лимфатических желез, так называемого тимико-лимфатического аппарата, точечные кровоизлияния и кровоточащие язвочки в слизистой оболочке желудка и кишечника. Г.Селье сопоставил эти реакции с симптомами, характерными практически для любого заболевания, в частности, наблюдающимися при таких состояниях, как недомогание, разлитые болевые ощущения и чувство ломоты в суставах и мышцах, желудочно-кишечные расстройства с потерей аппетита и уменьшением веса тела. Объединение их в единую систему было правомерно только при наличии единого механизма управления этими реакциями и общего совокупного процесса развития.

При непрекращающемся действии стрессогенного фактора проявления «триады стресса» изменяются по интенсивности. Г.Селье выделяет три стадии этих изменений: первая — реакция тревоги, вторая — резистентность, третья — истощение. На первой стадии мобилизуются защитные силы организма,

начинается процесс перестройки системы регуляции. В этот момент сопротивляемость организма снижается и, если результат действия раздражителя выходит за пределы компенсации, может наступить смерть. Основные признаки первой стадии — инкреция в кровь стероидных гормонов корковым слоем надпочечников, снижение в нем гормонсодержащих гранул, усиление гемоконцентрации, гипохлоремия, преобладание катаболических процессов в тканях.

Если сила действия чрезвычайного раздражителя не превышает компенсаторных возможностей организма, развивается вторая стадия — резистентности, или адаптации. В этот период сопротивляемость организма повреждающему воздействию раздражителя повышается. Признаки, характерные для первой стадии, исчезают. В коре надпочечников вновь наблюдаются секреторные гранулы, гемодилюция, гиперхлогемия, преобладают анаболические процессы в тканях с тенденцией к восстановлению массы тела. После длительного воздействия чрезвычайного раздражителя могут исчерпаться компенсаторные возможности и организм переходит в третью стадию — истощение. Вновь появляются признаки реакции тревоги, носящие уже теперь необратимый характер. Таким образом, интегральная цель развития общего адаптационного синдрома — повышение резистентности организма — адекватна качественной и количественной характеристике раздражителя.

В современной научной литературе используется несколько значений понятия стресса: 1) «неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование» (Г.Селье); 2) неспецифический ответ, функциональное состояние напряжения, реактивности организма, возникающее у человека и животных в ответ на воздействие стрессоров — значительных по силе при действии экстремальных или патологических для организма человека или животного раздражителей; 3) сильное неблагоприятное, отрицательно влияющее на организм воздействие (синоним: стрессор); 4) сильная неблагоприятная для организма физиологическая или психологическая реакция на действие стрессора; 5) сильные реакции организма, как благоприятные, так и неблагоприятные (Петровский А.В., Ярошевский М.Г., 1998).

Р.Лазарус в 1970 г. разделил стресс на физиологический (вегетативный, первосигнальный) и психологический (эмоциональный, второсигнальный). Эмоциональный стресс — со-

стояние ярко выраженного психоэмоционального переживания человеком конфликтных жизненных ситуаций, которые остро или длительно ограничивают удовлетворение его социальных или биологических потребностей (Судаков К.В., 1986). Психологический (эмоциональный) стресс может быть понят, если его рассматривать с точки зрения определенного лица, так как то внутреннее значение, которое он имеет для него, связано с его прошлой жизнью и с его психологическим развитием. Не абсолютная сила стрессора, а социально-личностное отношение к нему индивида определяет возникновение эмоционального напряжения.

Связующей концепцией между психологической и соматической сферой является аффект, выражающийся главным образом в форме тоски и постоянной тревоги, нейро-вегетативно-эндокринной моторной реакции и характерном ощущении страха (Доклад Комитета экспертов ВОЗ, 1965). Эмоциональные стрессы по своему происхождению, как правило, социальны (Исаев Д.Н., 2000). Их частота нарастает по мере развития научно-технического прогресса, ускорения темпа жизни, информационных перегрузок, нарастающей урбанизации, экологического неблагополучия.

Р.М.Грановская (1988) приводит данные разных авторов, свидетельствующие о том, что профессиональная деятельность, связанная с высокой степенью ответственности за порученное дело, вызывает эмоциональное напряжение, которое повышает вероятность возникновения многих соматических болезней. В частности, более чем у трети авиационных диспетчеров обнаруживаются язвенные заболевания, являющиеся фактически их профессиональными болезнями. У хирургов патологические изменения сердца встречаются в четыре раза чаще, чем, например, у рабочих литейных цехов. В США 50% хирургов умирают в возрасте до 50 лет от инфаркта миокарда и других сердечно-сосудистых заболеваний. Есть сведения о широкой распространенности гипертензии среди учителей, банковских служащих, телефонисток на больших коммутаторах, машинистов локомотивов, авиадиспетчеров и летчиков.

Случаи, когда психологический (эмоциональный) стресс приводит в конечном счете, т.е. через ряд промежуточных вегетативных инстанций, к выраженным обменно-трофическим изменениям и соответствующей патологии (язвенная бо-

лезнь, артриты, ишемическая болезнь сердца и т.д.), рассматриваются в рамках психосоматического направления в медицине. Исследования, посвященные психологическому стрессу, связаны с разработкой представлений о роли эмоций **в** функционировании организма человека.

Многочисленные исследования посвящены изучению того, почему и каким образом биологически целесообразный аппарат эмоций оказывает разрушительное воздействие на соматические функции организма. Наиболее популярными теориями в этой связи являются: биологическая теория эмоций П.К.Анохина, периферическая теория эмоций Джемса-Ланге, информационная теория эмоций П.К.Симонова.

Биологический уровень интерпретации

Психосоматические расстройства и стресс

В психологических исследованиях различным комплексам эмоционального реагирования сопоставляется склонность к формированию той или иной психосоматической патологии. У человека наиболее частым сверхсильным стресс-раздражителем, ведущим к развитию кортико-висцеральных нарушений, является психическая травма, причиняемая в одних случаях остро, однократно, часто внезапно, и в других случаях - хронически, многократно, часто исподволь, почти незаметно, но глубоко затрагивая психическую сферу и, как правило, протекая на фоне эмоционального аккомпанемента, усиливающего воздействие травмирующего фактора. Частым следствием воздействия психической травмы являются психосоматические заболевания.

О роли неотреагированных эмоций в формировании соматических расстройств писал, в частности, Г.ФЛанг в 1932 г.: «Печаль, не выплаканная слезами, заставляет плакать другие органы». Общей и основной причиной гипертонической болезни, а также язвенной болезни, тоже относящейся к категории психосоматических расстройств, является повышенная нервно-психическая травматизация и чрезмерное психоэмоциональное напряжение,— считал, опираясь на опыт Великой Отечественной войны, особенно на метериалы, собранные в период 900-дневной блокады Ленинграда, видный отечественный терапевт М.В.Черноруцкий.

В 92% случаев тяжелые психические травмы и длительное нервное перенапряжение отметила Т.С. Истаманова в анамнезе больных неврастенией, сопровождавшейся функциональными расстройствами внутренних органов. Учащение случаев язвенной болезни и ее атипичное течение в годы Второй Мировой войны наблюдалось практически во всех воевавших странах. При воздушных бомбардировках немецкой авиацией Лондона, Ливерпуля и Ковентри английские врачи отметили в этих городах резкое увеличение числа перфораций желудка у больных, страдавших язвенной болезнью. На материале медицинского обследования 109 тыс. человек З.М.Волынским обнаружилось, что гипертоническая болезнь в два раза чаще встречалась у фронтовиков и в три раза чаще у лиц, переживших ленинградскую блокаду и другие ужасы войны, чем у тех, кто находился в военное время в тылу.

Роль эмоций в функционировании организма человека

Каждая эмоция характеризуется прежде всего внутриличностным состоянием субъекта — переживанием. Переживание — импрессивная сторона эмоции. Экспрессивной стороной эмоции являются характерные объективные изменения жизнедеятельности организма, проявляющиеся электрофизиологическими, биохимическими, вегетососудистыми и моторными эффектами. Как физиологический феномен эмоция является результатом деятельности целостного мозга, как психологический — специфическим выражением активности личности. Изначально возникая как физиологическое явление и не переставая быть таковой на уровне сложных личностных взаимоотношений, эмоция выступает как переживание, т.е. как психическое явление — в виде своеобразной формы отражения отношения человека к значимым для него объектам и событиям. Иначе говоря, психическое и физиологическое выступают в эмоциях как две стороны единой нервной деятельности (Бирюкович П.В. и др., 1979). Как указывает Г.Х.Шингаров (1971), в эмоциях есть субъективное, но нет идеального: внешний мир отражается не в виде образов, созданных на основе временных связей, а в виде переживаний субъективных состояний.

Э.Гельгорн и Дж.Луфборроу находят определенную связь между качеством (модальностью) эмоционального переживания и спецификой изменений, происходящих в физиологи-

ческих системах организма человека. В частности, они считают, что «эмоции могут сопровождаться симпатической настройкой одних органов и систем и парасимпатической — других. Например, при негодовании и возмущении в сосудистой системе преобладают симпатические влияния, тогда как в желудочно-кишечном тракте — парасимпатические». В состоянии гнева увеличивается экскреция катехоламинов, в особенности норадреналина. При переживании страха на фоне повышения уровня катехоламинов наблюдается преимущественное увеличение адреналина. Шведская исследовательница М.Франкенхойзер называет адреналин «гормоном кролика», в отличие от норадреналина — «гормона льва».

Эмоциогенное активирование вегетативных систем в нормальных условиях является приспособительной реакцией организма и не ведет к патологии внутренних органов. Эмоциональные состояния, считают Ю.М.Губачев, Б.В.Иовлев, Б.Д.Карвасарский, «становятся факторами патогенеза соматических заболеваний либо при наличии резко измененных структур органов-мишеней, адаптивные возможности которых резко снижены, либо при условии чрезвычайной силы и длительности таких состояний». Это положение опирается, в частности, на результаты исследований К.М.Быкова и И.Т.Курцына (1960), в которых было показано, что при ослаблении какой-либо физиологической системы (органа) она и вовлекается в патологический процесс, независимо от конкретного психологического содержания конфликта.

Основные теории эмоций

Периферическая теория эмоций Джеймса-Ланге

Согласно одной из первых теорий эмоций Джеймса—Ланге, эмоциональные состояния являются вторичным явлением — осознанием приходящих в мозг сигналов об изменениях в мышцах, сосудах и внутренних органах в момент реализации поведенческого акта, вызванного эмоциогенным раздражителем. Американец В.Джеймс (1884) и независимо от него датчанин Г.Ланге (1885) сформулировали теорию, согласно которой возникновение эмоций обусловлено внешними воздействиями, приводящими к физиологическим сдвигам в организме. Ощущение этих собственных изменений в организме и

переживается человеком как эмоция. Джеймс подчеркивал, что телесное возбуждение следует непосредственно за восприятием вызвавшего его факта, и осознание нами этого возбуждения в то время как оно совершается и есть эмоция. Другими словами, эмоциогенный сигнал, воздействуя на мозг, включает определенное поведение, а обратная соматосенсорная и висцеросенсорная афферентации вызывают эмоцию. Суть своей теории Джеймс выразил известным парадоксом: «Мы чувствуем печаль, потому что плачем; мы боимся, потому что дрожим». В рамках этой теории физиолого-телесные периферические изменения, которые обычно рассматривались как следствие эмоций, стали их причиной.

Идеи Джеймса и Ланге о роли обратной связи в механизмах эмоций до сих пор продолжают привлекать к себе внимание исследователей. Наибольший интерес в этой связи представляет дискуссионный вопрос о том, существуют ли стереотипизированные вегетативные реакции, специфические для определенных типов эмоциональных состояний. По мнению П.Фресса (1975), специфические паттерны эмоциональных состояний, объединяющие висцеральные и мышечные реакции, существуют. Лазарус (1970) также склоняется к положительному ответу. Однако наиболее обоснованным, по мнению М.М.Козловской и А.В.Вальдмана (1972), является представление о том, что характер вегетативных и гормональных сдвигов обусловлен главным образом особенностями (содержанием) адаптационного, поведенческого ответа, возникающего на основе эмоционального состояния. Так, например, гнев, связанный с нападением на источник опасности, будет отличаться по своим вегетативным и эндокринным характеристикам от гнева, где поведенческие проявления заторможены. Теория Джеймса—Ланге сыграла важную роль в развитии теории эмоций, обозначив связь между тремя событиями: внешним раздражителем, поведенческим актом и эмоциональным переживанием. Наиболее уязвимым местом теории остается сведение эмоций лишь к осознанию ощущений, возникающих в результате периферических реакций.

Таламическая теория эмоций Кеннона-Барда

Одна из первых центральных эмоций — таламическая теория эмоций — была создана Кенноном и Бардом. В 1929 г. физиолог У.Кеннон пришел к выводу, что в теории Джейм-

са-Ланге ошибочно само исходное положение, согласно которому каждой эмоции соответствует свой собственный набор физиологических изменений. Его исследования показали, что одни и те же физиологические реакции могут сопровождать разные по модальности эмоции. У.Кеннон пришел к выводу о том, что телесные изменения при эмоциях биологически целесообразны и являются средством для достижения цели — они готовят организм к борьбе или бегству. Как эмоции, так и соответствующие им сигналы активизации вегетативных функций возникают в одном и том же центре мозга — таламусе. Согласно «таламической» теории эмоций Кеннона—Барда, психологическое переживание и физиологические реакции возникают одновременно. Согласно этой теории, центральной структурой эмоционального «процесса» является таламус, а сам процесс относится к разделу безусловных рефлексов. Сенсорная импульсация после переключения в таламических ядрах следует к коре, где может вызвать ощущение, не имеющее эмоциональной окраски. Для того чтобы это ощущение получило соответствующий эмоциональный фон, необходимо высвобождение «эмоциональных таламических процессов» из-под контроля коры. При этом условии «таламические процессы» добавляют к ощущению соответствующий эмоциональный фон. Эти же «процессы» являются причиной эмоциональных выразительных движений. Таламус, таким образом, рассматривается как резервуар эмоционального напряжения, который при известных условиях разряжается мощными импульсами, направляющимися преимущественно к коре и вызывающими эмоции злобы, страха и т.д. Поведение же в целом, по Кеннону, подчиняется законам высшей нервной деятельности, субстратом которой служит система кортико-субкортикальных отношений.

В рамках таламической теории эмоций была сделана важная попытка не только отыскать мозговой субстрат эмоций, но и описать церебральную динамику «эмоциональных процессов». Центральная инстанция, ответственная за проявление эмоций, впоследствии была перенесена в гипоталамус-Важную роль в утверждении диэнцефальной теории эмоций сыграли клинические исследования эмоциональной патологии при поражениях гипофизарно-гипоталамической области. При опухолевых, травматических и инфекционных про-

цессах в этой области многие авторы наблюдали развитие маниакальных, депрессивных и смешанных состояний, протекающих нередко периодически.

По мнению А.В.Вальдмана (1972), гипоталамус как субстрат, где располагаются «триггерные», «пейсмекерные» системы многих мотиваций, как структура мозга, обладающая хеморецептивной функцией, участвующая в передаче неспецифической (экстралемнисковой) афферентации, безусловно, вносит немало в формирование эмоционального ощущения. Эмоцию, подчеркивал он, нельзя рассматривать как форму поведения, хотя многие исследователи идентифицируют это понятие с аффективными и поведенческими проявлениями. Основой эмоций является «эмоциональное состояние», которое в виде первичных, примитивных форм присуще не только человеку, но и животным. При натурально возникшей эмоции эмоциональному состоянию соответствует определенное эмоциональное выражение. А.В.Вальдман указывает, что при стимуляции гипоталамуса следует различать эмоциональные реакции (моторно-вегетативное проявление аффективного типа, не имеющее целенаправленного характера), эмоциональное поведение (целенаправленные и сложные поведенческие проявления в связи с разными типами биологической мотивации) и эмоциональное состояние (переживание эмоции, аффективная окраска поведенческих проявлений).

Анализируя данные о неодинаковом характере эндокринно-гуморальных сдвигов при различных эмоциональных переживаниях (например, при гневе коэффициент норадреналин/адреналин повышается, а при страхе — снижается), Э.Гельгорн иДж.Луфборроу подчеркивают, что, как правило, в эмоциональном возбуждении гипоталамус участвует как единое целое. Разные же гуморальные корреляты при состояниях гнева и тревоги объясняются, по их мнению, тем, что в условиях высокой возбудимости коры и гипоталамуса симпатические разряды носят в основном нейрогенныи характер с выделением норадреналина, а при низкой возбудимости гипоталамуса преобладает адреномедуллярный компонент с выделением адреналина.

Многочисленные данные по изучению механизмов эмоЦий свидетельствуют о том, что эмоциональные реакции Можно вызвать не только с диэнцефальной области, но и с Многих структур, относимых к лимбической системе.

Лимбическая теория эмоций

Важные факты в пользу лимбической теории эмоций представлены Клювером и Бюси (1937), показавшими, что двустороннее разрушение височной области неокортекса и палеокортекса у обезьян вызывает значительное снижение эмоциональной реактивности. Наиболее существенный теоретический вклад в создание лимбической теории принадлежит Пейпецу (1937). В соответствии со взглядами Пейпеца, структурно и функционально связанные между собой гипоталамус, передние таламические ядра, поясная извилина и гиппокамп составляют замкнутый круг, по которому циркулируют «эмоциональные процессы». Этот круг активизируется импульсацией, поступающей из коры в гиппокамп или гипоталамус и запускающей эмоциональные процессы. Последние, циркулируя по кругу Пейпеца, достигают поясной извилины, которая рассматривается автором теории как рецептивная область эмоциональных переживаний. Из поясной извилины эмоциональные процессы распространяются на другие области коры, придавая текущим психическим процессам эмоциональную окраску.

В ряде монографий и обзоров представлены многочисленные данные клинических и экспериментальных исследований, свидетельствующие о возникновении разных форм эмоционально-мотивационного поведения при раздражении лимбических структур. Было установлено, что важную роль в регуляции эмоций играет также ретикулярная формация, активность которой определяет многие динамические параметры эмоций — силу, продолжительность, изменчивость. Внешние или внутренние стимулы порождают импульсы, активирующие ствол мозга. Ретикулярная формация ствола, в свою очередь, активирует гипоталамус и кору мозга. В конечном итоге происходит опосредованная всеми эмоциогенными структурами мозга трансформация первичного стимула в поведение, характеризующееся эмоциональным возбуждением.

Биологическая теория эмоций П.К.Анохина

Одной из наиболее популярных теорий является биологическая теория эмоций П.К.Анохина. Рассматривая проблему эмоций с биологической точки зрения, П.К.Анохин подчеркивает, что эмоциональные ощущения закрепились как свое-

образный механизм, удерживающий жизненные процессы в их оптимальных границах и предупреждающий разрушительный характер недостатка или избытка каких-либо факторов. По мнению П.К.Анохина, «решающей чертой эмоционального состояния является его интегративность, его исключительность по отношению к другим состояниям и другим реакциям. Эмоции охватывают весь организм, они придают состоянию человека определенное биологическое качество. Производя почти моментальную интеграцию всех функций организма, эмоции могут быть абсолютным сигналом полезного или вредного воздействия на организм, часто предшествуя определению локализации воздействия и конкретному механизму ответной реакции организма. Именно благодаря эмоциям организм быстро оценивает характер воздействия, руководствуясь самым древним и универсальным критерием всего живого — стремлением выжить; это и придало эмоциям универсальное значение в жизни организма».

Эмоции висцерального происхождения не исчерпывают, понятно, всех тех эмоциональных состояний, которые составляют сферу эмоциональной жизни человека. Однако следует полагать, что физиологическая архитектура всех эмоций — начиная от низших элементарных проявлений и заканчивая высшими социальными — едина.

Биологическая теория эмоций П.К.Анохина органически связана с его общими представлениями о функциональной организации приспособительной деятельности. Сигналом к вовлечению нервного аппарата отрицательных эмоций служит факт рассогласования «акцептора действий» — афферентной модели ожидаемых результатов — с афферентацией о реальных результатах приспособительного акта. Положительное эмоциональное состояние типа удовлетворения какой-либо потребности в том случае, если обратная информация от результатов совершенного действия точнейшим образом отражает все компоненты именно положительного результата Данной функции и потому точно совпадает с параметрами акцептора действия.

В свете биологической теории эмоций сопряженность аффективных и висцеро-вегетативных расстройств становится фактом, не только клинически установленным, но и физиологически непреложным. Анализ «физиологической архитектоники» эмоциональных состояний свидетельствует об оди-

наковой, по П.К.Анохину, правомерности двух рядов явлений: эффекторного выражения той или иной эмоции («рабочего эффекта» различных органов и физиологических систем) и ее субъективного отражения в виде самоощущения (чувство подавленности и тоски, переживание тревоги и внутреннего беспокойства). Каждое эмоциональное переживание отмечается соответствующим нейрофизиологическим сопровождением; длительное эмоционально-негативное состояние переводит организм в экстремальный режим функционирования с напряжением самых различных физиологических систем. При любом стрессе социального генеза наблюдаются сопутствующие вегетативно-сосудистые сдвиги, выраженность которых, по всей видимости, в определенной степени отражает степень эмоционального напряжения.

Висцеровегетативная симптоматика появляется, по П.К.Анохину, только одновременно с депрессивным аффектом; по одной лишь вегетативной реакции можно сделать вывод о несомненном наличии депрессии. Физиологическими коррелятами негативных эмоций становятся повышение системного артериального давления или учащение дыхания, изменение тонуса мочевого пузыря или секреторной или моторной активности пищеварительного тракта, напряжение скелетной мускулатуры и увеличение свертываемости крови. Функциональные соматические нарушения, отмечают В.Д.Тополянский и М.В.Струковская (1986), — «это все те же эмоциональные состояния, реализуемые корой головного мозга при содействии подкорковых образований; неизменным опосредующим звеном между сложнейшими функциями коры головного мозга и многообразными процессами, протекающими во внутренних органах человека, оказывается гипоталамический аппарат». «Чем сильнее или продолжительнее воздействие отрицательных эмоций, тем более значительны и стойки висцеровегетативные нарушения, тем больше оснований для хронификации психосоматических расстройств и соответственно ипохондрического развития личности».

Когнитивные теории эмоций

Среди теорий, интерпретирующих природу эмоций через механизмы мышления, наибольший интерес представляют собой теория когнитивного диссонанса Л.Фестингера и информационная теория эмоций П.В.Симонова. В соответст-

вии с теорией когнитивного диссонанса Л.Фестингера, в динамике эмоций человека когнитивные факторы имеют не меньшее значение, чем физиологическая активация. Эмоции возникают на основе взаимодействия физиологического возбуждения и когнитивной оценки. В том случае, когда некоторое событие вызывает физиологическое возбуждение, у индивида возникает необходимость понять содержание ситуации, которая это возбуждение вызвала. При этом качество (модальность) эмоционального переживания определяется не ощущением, возникающим при физиологическом возбуждении, а тем, как оценивается ситуация, в которой это возбуждение происходит. Оценка (узнавание, определение, квалификация) ситуации дает возможность индивиду назвать испытываемое ощущение возбуждения радостью или гневом, страхом или отвращением. Одно и то же физиологическое возбуждение может интерпретироваться на психологическом уровне как радость или гнев в зависимости от когнитивной трактовки ситуации. По мнению Л.Фестингера, положительная эмоция возникает, если когнитивные ожидания человека подтверждаются, т.е. когда реальные результаты деятельности согласуются с намеченным планом (находятся в консонансе). Отрицательные эмоции возникают в ситуации прямо противоположной, когда ожидаемые и действительные результаты расходятся (находятся в диссонансе). Теория когнитивного диссонанса используется в психологии и при описании механизмов возникновения того или иного качества эмоции, и при описании поведения, при интерпретации поступков человека в различных социальных ситуациях.

П.В.Симонов указывает, что концепция П.К.Анохина хорошо отражает события, разыгрывающиеся в процессе осуществления целенаправленных действий, однако, чтобы стать теорией, приложимой к сколько-нибудь широкому классу эмоциональных реакций животных и человека, она требует ряд уточнений и дополнений. Он предлагает свою собственную теорию. В соответствии с положениями информационной теории эмоций П.В.Симонова, мера переживания эмоции, или мера «эмоционального стресса», является Функцией двух факторов: значения мотивации или потребности (П) и разности между информацией, необходимой для Удовлетворения данной потребности (Ип), и информацией, Доступной субъекту (Ид). Данная зависимость выражается

формулой: Э = Функция (П/Ин-Ид). Согласно теории Симонова, возникновение эмоции обусловлено дефицитом прагматической информации (когда Ин больше, чем Ид); именно этот информационный дефицит и вызывает эмоции отрицательного характера: отвращение, страх, гнев. Положительные эмоции, такие как радость, интерес, проявляются в ситуации, когда полученная информация увеличивает вероятность удовлетворения потребности по сравнению с уже существующим прогнозом, иначе говоря, когда Ид больше, чем Ин. Эмоция не возникает, если потребность отсутствует или удовлетворена, а при наличии потребности — если система вполне информирована. Таким образом, формула эмоций отражает количественную зависимость интенсивности эмоциональной реакции от силы потребности и величины дефицита или прироста прагматической информации, необходимой для достижения цели (удовлетворения потребности).

Однако, как отмечает П.В.Бирюкович и соавт. (1979), существование линейной зависимости эмоционального напряжения от величины потребности и дефицита (или прироста) информации представляет собой лишь частный случай реально существующих отношений. Так, известно, что любое поведение, любая форма активности могут сопровождаться или не сопровождаться эмоциональным состоянием. А.В.Вальдман (1972) подчеркивает, что в опытах на животных нейрохимические вещества позволяют расчленить эмоциональное и мотивационное состояние и, следовательно, нет оснований для идентификации нейрофизиологических механизмов, лежащих в основе обоих процессов.

Исследование эмоций в психосоматической медицине

При анализе включенных в патогенез различных психосоматических заболеваний психологических факторов прежде всего подчеркивается патогенная роль эмоций. Участие эмоций в формировании того или иного психосоматического заболевания изучается в нескольких аспектах. Прежде всего, эмоциональная сфера больного рассматривается как проявление его специфической личностной структуры. В патогенезе психосоматических заболеваний, отмечают Ф.Б.Бассин И Рожнов, выделяется личностный фактор, реализующий свое влияние через длительные или постоянно повторяющиеся

неблагоприятные эмоциональные состояния. В этой связи в литературе описаны «коронарный личностный тип», или «Сизифов тип», «гипертонический личностный тип», «аллергический тип» и другие личностные типы, для каждого из которых характерен вполне определенный способ эмоционального переживания и реагирования.

Другой подход к изучению роли эмоций в формировании психосоматических расстройств использует в качестве центрального понятие эмоционального стресса: «Хронический эмоциональный стресс... через ряд промежуточных вегетативных инстанций приводит в конечном счете к выраженным обменным и даже деструктивным нарушениям» (Ю.М.Губачев, 1976). В этом случае эмоция рассматривается как ответ на воздействующий стимул; со стрессогенностью стимула (его силой, интенсивностью, длительностью, необычностью, особой значимостью для личности) связана сила переживания эмоции; интенсивность эмоции обусловливает ее патогенность. При таком подходе основное внимание в плане психологического исследования уделяется выявлению различных стрессовых факторов, с которыми могло бы быть связано развитие того или иного заболевания. В меньшей степени анализируется качество самого переживания, его специфика в отличие от эмоций при других патологических состояниях.

Наконец, эмоции при психосоматических расстройствах рассматриваются как вторичный феномен, связанный с ситуацией болезни. Описание эмоций в этом случае проводится в соответствии с такими понятиями, как «отношение к болезни» (Мясищев В.Н., 1935; Скворцов К.А., 1958); «сознание болезни» (Краснушкин Е.К., 1950; Рохлин Л.Л., 1972); «концепция болезни» (Либих С.С., 1977); «реакция на болезнь» (Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К., 1976); «внутренняя картина болезни» (Лурия Р.А., 1944). Ситуация заболевания оказывает стрессовое воздействие на личность, которая в силу своих специфических особенностей с особой остротой переживает ситуацию болезни — ситуацию неопределенности и ожидания с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом.

Психологические реакции на заболевание отражаются, в частности, в ярком описании психических изменений у больных соматическими заболеваниями, которое приводит К.А.Скворцов: «поворот интересов, мыслей и чувств от внеш-

него мира к собственному телу и его функциям, избирательный контакт с окружающими, поиск помощи, фиксация внимания на болезни, эгоцентризм, сдвиг мышления в сторону эмоционального и аутистического, застой и наплывы мыслей, интерпретации, оскудение интересов и инициативы, развитие гипобулических механизмов, склонность к автоматизмам, внушаемости и негативистическим тенденциям, своеобразные изменения речи, мимики, моторики тела, своеобразная эффективность, витальные ощущения угрозы, изменение течения времени, развертывание воспоминаний».

В любом случае — когда эмоции рассматриваются в контексте специфической личностной структуры как присущий этой структуре индивидуальный устойчивый способ переживания и аффективного реагирования, если аффект изучается как закономерный ответ на хроническую стрессовую ситуацию либо эмоциональность рассматривается как последствие заболевания, как реакция на болезнь — практически всегда ключевым понятием оказывается понятие эмоционального состояния. Личность, являющаяся, строго говоря теоретической гипотетической конструкцией, исследуется не непосредственно, напрямую, а опосредованно, через категорию психического состояния — состояния длительного, устойчивого, фиксированного, в основе которого лежат стойкие изменения нервно-психического тонуса и которое оказывает модулирующее воздействие на все текущие психические процессы, придавая им специфическую психическую модальность - качество актуальной психической деятельности. Наибольший интерес в этой связи представляют собой патологические эмоциональные состояния.

Патологические эмоциональные состояния

В последнее время все больше проявляется тенденция рассматривать патологические состояния с точки зрения нарушения процессов саморегуляции в организме. Речь идет о возможности использования общих принципов, свойственных саморегулирующимся системам, при анализе патологических механизмов в любом болезненном состоянии, в том числе и при эмоциональных расстройствах. Еще И.П.Павлов (1949) подчеркивал, что организм является саморегулирующейся системой, которая сама себя поддерживает, сама себя

исправляет, сама себя совершенствует: «Животный организм как система существует среди окружающей природы только благодаря непрерывному уравновешиванию этой системы с внешней средой, т.е. благодаря определенным реакциям живой системы на падающие извне раздражения, что у более высших животных осуществляется преимущественно при помощи нервной системы в виде рефлексов. Эти рефлексы возбуждаются как внутренними агентами, возникающими в самом организме, так и внешними, что обусловливает совершенство уравновешивания».

По мнению И.В.Давидовского (1962), любая реакция, в том числе патологическая, обусловлена активным включением механизмов саморегуляции. Приспособительная реакция может выступать одновременно как в виде защитной, так и в виде патологической. В одних случаях она может являться преимущественно защитной, в других — главным образом патологической. Таким образом, приспособление организма с помощью механизмов саморегуляции осуществляется как в ходе болезни, так и в рамках нормальной адаптации к воздействию факторов среды. Выдвинутое Кенноном в 1926 г. понятие о гомеостазе — удивительной способности живого тела сохранять постоянство своих функций при воздействии факторов внешней и внутренней среды — получило самое широкое распространение прежде всего в представлениях о существовании механизмов саморегуляции с обратной связью, а также об активном характере деятельности в норме и патологии. П.К.Анохин (1968) подчеркивал, что любое максимально возможное отклонение какой-либо физиологической константы организма всегда должно быть меньше максимальной афферентации, которая способна подавить указанное отклонение. В этом заключается «золотое правило» нормальной жизни. Нарушение этого правила ведет к различным патологическим состояниям организма.

Одним из важнейших условий, определяющих и поддерживающих постоянство внутренней среды организма, является взаимоотношение и функциональное состояние симпато-адреналовых и вагоинсулярных гомеостатических механизмов. Характер симпатических и парасимпатических влияний в организме человека во многих отношениях противоположен. Симпатический отдел мобилизует ресурсы организма, приводит все функции в состояние готовности к действию и обес-

печивает осуществление оптимальной и экстренной активности, что определяет его особую роль в механизмах адаптации организма. Мобилизация всех энергетических ресурсов организма в случае экстренной необходимости — первая и основная функция симпатического отдела вегетативной нервной системы. Вторая, не менее важная его функция (адаптационно-трофическая функция) — поддержание гомеостаза, осуществление общей настройки организма в соответствии с требованиями изменяющейся среды.

Согласно концепции Л.А.Орбели, физиологическая роль симпато-адреналовых влияний выражается в изменении возбудимости того или иного органа и ткани в сторону ее повышения или понижения (адаптационное влияние) вследствие изменения обменных процессов (трофическое влияние), чем создается фон, наиболее благоприятный в данный момент для проявления специфических функций. Симпатическая иннервация определяет уровень функционирования всех органов и тканей, в том числе уровень высшей нервной деятельности. Благодаря регулирующей настройке со стороны симпатической нервной системы одинаковые по силе центральные импульсы обеспечивают разную интенсивность их активности. Симпатическая иннервация оказывает прямое регулирующее влияние на все возбудимые ткани, осуществляя этим подготовку рефлекторного аппарата к функционированию на оптимальном уровне.

Парасимпатический отдел нервной системы обеспечивает расслабленность и отдых организма. Парасимпатическая иннервация осуществляет также защиту организма от чрезмерно истощающих, невозместимых энергетических потерь. Если симпатический отдел нервной системы регулирует эрготропные, то парасимпатический отдел — трофотропные функции. Доминирование симпатического или парасимпатического эффекта не означает изолированной активности одного из отделов вегетативной нервной системы на фоне подавления активности другой. Речь может идти лишь о синергизме в деятельности обеих систем при временном и обратимом преобладании активности одной из них в тот или иной момент.

Выраженным эмоциональным реакциям стенического характера (с преобладанием симпатических влияний) сопутствует обычно чувство сердцебиения (с объективно регистрируемой синусовой тахикардией) в сочетании с тремором паль-

цев рук и потребностью в непрерывном движении. Эмоциям астенического типа (с доминированием парасимпатических влияний) свойственна скорее синусовая брадикардия, зачастую воспринимаемая больными как сердцебиение.

Основными медиаторами симпатической системы являются катехоламины: адреналин, норадреналин и дофамин. Адреналин вырабатывается только в мозговом веществе надпочечников; норадреналин и дофамин образуются в мозговом веществе надпочечников, а также в других скоплениях хромаффинной ткани, в головном мозге и симпатических нервных окончаниях. Катехоламины депонируются в гранулах и выделяются из них под влиянием нервных импульсов. Медиатором, стимулирующим выделение катехоламинов из клетки, является ацетилхолин, активность которого поддерживается ионами кальция и подавляется ионами магния.

Симпато-адреналовая система находится в сложных взаимоотношениях с другими эндокринными железами и центральной нервной системой. В частности, адреналин оказывает стимулирующее действие на выработку АКТГ передней долей гипофиза как в связи с возбуждающим влиянием на центры гипоталамуса, так и воздействуя непосредственно на аденогипофиз. Адреналин может также оказывать прямое активизирующее влияние на кору надпочечников. Тиреоидные гормоны и кортикостероиды усиливают действие катехоламинов и, прежде всего, адреналина. В то же время сам адреналин и в меньшей степени нарадреналин обладают контринсулярным действием, а также тормозят функцию половых желез. Возбуждение парасимпатического отдела вегетативной нервной системы сопровождается выделением ацетилхолина. Ацетилхолин служит именно тем биологически активным веществом, которое вызывает снижение уровня функционирования основных висцеральных систем дыхания, кровообращения и т.д. Холинергические механизмы в большей или меньшей степени участвуют в организации и осуществлении самых различных форм поведения человека и животных.

Таким образом, физиологические сдвиги, сопровождающие эмоциональные состояния, связаны с деятельностью симпатической и парасимпатической нервной системы. Физиологической основой эмоций является, прежде всего, деятельность подкорковых отделов мозга — таламуса, гипоталамуса, лимбической системы. Кора головного мозга оказыва-

ет сдерживающее, регулирующее влияние на проявления эмоций.

Функциональные системы складываются, по П.К.Анохину, из динамически мобилизуемых систем в масштабе целостного организма; даже анатомически отдаленные структуры и физиологические процессы могут вовлекаться в них в любой аранжировке в поисках запрограммированного результата. Возможность включения в функциональную систему дробных разделов цельных в анатомическом отношении систем обусловливает, по существу, неисчерпаемые модификации и поразительную пластичность клинической картины психосоматического страдания. При нарушении уже сложившегося гомеостаза на сцену моментально выходят «резервные» афферентации (устраненные прежде афферентные импульсы), и клиническая картина моносимптомного, казалось бы, страдания тотчас принимает характер динамический и полиморфный.

Распространенность во всем теле «переживания эмоционального расстройства» (Э.Крепелин, 1927) позволяет рассматривать его как общую реакцию организма, вовлекающую в страдание всю вегетативно-эндокринную систему и затрагивающую, в конце концов, глубочайшие основы жизненных процессов. Усиленное функционирование не только симпатико-адреналовой, но и всей нейроэндокринной системы сопровождается все большей дезинтеграцией физиологических механизмов, лежащих в основе координированной приспособительной деятельности целостного организма. Крайние степени дезинтеграции нейрофизиологических процессов ставят организм под угрозу острого психосоматического поражения какого-либо органа и даже скоропостижной смерти (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986).

В то же время всякое эмоциональное возбуждение обязательно содержит в себе неспецифический (висцеровегетативная реакция) и специфический (соответствующая интерпретация индивидом вегетативных сдвигов и сложившейся ситуации в целом) компоненты (Schachter S., 1964). Любая качественно очерченная эмоция, имеющая определенную модальность (психологическое содержание), например, страх, когда доминирующей мотивацией становится «сохранение себя», выступает, по П.К.Анохину, как «столь глубоко и стандартно организованный комплекс процессов диэнцефалического уровня», что развертывание его на периферии не зависит от

корригирующего влияния и состояния внутренних органов. По мнению П.Фресса, существуют специфические паттерны эмоциональных состояний, объединяющие висцеральные и мышечные реакции. Лазарус также склоняется к этой точке зрения.

В настоящее время можно считать доказанным, отмечают Ю.М.Губачев, Б.В.Иовлев, Б.Д.Карвасарский (1976), что активно-оборонительная (агрессия), пассивно-оборонительная (страх) и положительная эмоциональные реакции имеют различный морфологический субстрат, различное эндокринное и гемодинамическое обеспечение. В то же время в стереотипах личностных реакций людей с тревожно-мнительным характером нетрудно прогнозировать преобладание пассивно-оборонительных эмоций, тогда как психопатизированной импульсивной личности будут характерны активно-оборонительные реакции. Эти особенности психологического реагирования предполагают специфические акценты в реакциях висцеральных систем и могут способствовать выявлению различных форм патологии.

Многими авторами в качестве иллюстрации положения о тесной взаимосвязи эмоциональных и нейрофизиологических процессов приводится так называемая «смерть вуду» — внезапная смерть, наступающая под влиянием эмоционального стресса через несколько часов или дней после нарушения табу у первобытных народов Австралии и Африки, смерть, которой предшествует крайнее аффективное возбуждение, сменяющееся отчаянием, чувством безнадежности и уверенностью в неизбежной гибели. «Вегетативная смерть», отмечают В.Д.Тополянский и М.В.Струковская, которая происходит, по всей вероятности, в результате фатальных нарушений сердечного ритма, «отнюдь не редкость в клинической практике». Например, описывается 170 случаев внезапной смерти на высоте «острой печали» в связи со смертью или годовщиной смерти родных и близких, угрозой потери любимого человека или утратой престижа и т.д. (Engel G.L.,1971).

На психологическом уровне патологическое эмоциональное состояние характеризуется ригидностью, устойчивостью, фиксированностью, а также чертами амбивалентности, внутренней несогласованностью и конфликтностью структуры.

Психофизиологический уровень интерпретации психосоматического заболевания

Фиксированные эмоционально-негативные состояния как психологический фактор формирования психосоматическихрасстройств

На роль длительных эмоциональных состояний в возникновении психосоматической патологии указывалось многочисленными исследователями, как отечественными, так и зарубежными. Так, один из крупнейших основоположников психосоматического направления в медицине Ф.Александер подчеркивал ведущее значение в формировании психосоматической патологии таких эмоционально-негативных состояний, как тревога, депрессия с чувством вины и переживанием безнадежности, подавленная агрессивность (враждебность) и нереализованная сексуальность.

Н.П.Бехтерева, формулируя представления о патологической роли фиксированных эмоционально-негативных состояний, пишет о том, что психосоматическое заболевание возникает в том случае, когда неблагоприятное эмоциональное состояние фиксируется, а текущие эмоциональные реакции характеризуются вследствие этого стереотипностью, ригидностью, однонаправленностью.

Ю.М.Губачев, Б.В.Иовлев, Б.Д.Карвасарский; Ю.М.Губачев, Е.М.Стабровский (1981) подчеркивают значение длительных, устойчивых эмоциональных состояний, таких, в частности, как эмоциональное напряжение, в этиологии и патогенезе психосоматических нарушений сердечно-сосудистой системы. В этой связи представляется актуальным и современным исследование ведущих эмоционально-негативных состояний в клинике внутренних болезней, в частности, описание психологической феноменологии этих состояний.

Понятиеэмоциональногосостояния

Эмоциональное состояние рассматривается в литературе в качестве разновидности психического состояния. Изучению категории психического состояния отводится значительное место в современных исследованиях (Суворова В.В., 1975; Наенко Н.И., 1976; Горбов Ф.Д., 1971; Платонов К.К., 1986; Ганзен В.А., 1984; Юрьев А.И., 1983; Якунин В.А., 1980 и др.). Первым из советских ученых категорию психического состояния описал Н.Д.Левитов (1964): «Это целостная характерис-

тика психической деятельности за определенный период времени, показывающая своеобразие протекания психических процессов в зависимости от отражаемых предметов и явлений действительности, предшествующего состояния и психических свойств личности». Психическое состояние выступает общим функциональным уровнем психической деятельности, на фоне которого развиваются психические процессы, и заключается в переживании человеком отражения общего фона психической деятельности (Мясищев В.В., 1959; Ковалев А.Г., 1981).

Среди психических состояний человека выделяется группа эмоциональных состояний. Указывая на значение эмоциональных феноменов, С.Л.Рубинштейн (1946) заметил: «Переживание человека — это субъективная сторона его реальной жизни, субъективный аспект жизненного пути личности». По сравнению с познавательными образами, эмоциональная сфера, по выражению В.К.Вилюнаса, «имеет более эндогенное происхождение».

Как принципиальная способность к пристрастному отражению действительности, эмоция возникла в процессе биологической эволюции. В общебиологическом плане, по П.К.Анохину, эмоциональное реагирование способствовало прогрессу приспособительной деятельности живых организмов, устанавливая, по выражению К.К.Платонова, «психическую связь с окружающим миром и с самим собой»: «Решающей чертой эмоционального состояния является его интегративность, его исключительность по отношению к другим состояниям и другим реакциям. Эмоции охватывают весь организм, они придают состоянию человека определенное биологическое качество. Производя почти моментальную интеграцию всех функций организма, эмоции могут быть абсолютным сигналом полезного или вредного воздействия на организм, часто предшествуя определению локализации воздействия и конкретному механизму ответной реакции организма» (Анохин П.К., 1966).

При определении эмоционального состояния прежде всего подчеркивается его большая длительность и устойчивость по сравнению с эмоциональными процессами (Ганзен В.А., 1984). А.В.Вальдман (1972) определяет эмоциональное состояние как «длительное изменение нервного тонуса со сдвигами отношения человека к окружающему и к самому себе».

Г.Ю.Волынкина и Н.Ф.Суворов характеризуют эмоциональное состояние как длительное изменение эмоционального тона, настроения, которое окрашивает восприятие (Гельгорн Г., Луфборроу Дж., 1966), трансформирует нормальное поведение и течение мотиваций, меняет объем и характер ответных реакций (Skinner, 1938; Lissak, 1969; Вальдман А.В., 1972).

Эмоциональная составляющая психического состояния придает эмоциональную окраску текущим психическим процессам, изменяет их характеристики, как динамические (скорость, темп, интенсивность, переключаемость), так и семантические. Эмоции как сложные системные психологические образования, составляющие эмоциональную сферу личности, характеризуются многими параметрами: знаком (положительные или отрицательные) и модальностью (качеством), продолжительностью и интенсивностью (силой), подвижностью (быстрота смены эмоциональных состояний) и реактивностью (скорость возникновения, выраженность и адекватность эмоционального отклика на внешние и внутренние стимулы), а также степенью осознанности эмоций и степенью их произвольного контроля. В наиболее грубом виде влияние «эмоциональной составляющей» на текущие психические процессы выявляется при развитии патологических эмоциональных состояний. При гипоманиакальном состоянии, например, высокий эмоциональный тонус положительного знака способствует интеллектуальному возбуждению с ускорением течения мыслей, быстрой их сменой, богатством ассоциаций; при этом больной переоценивает свои возможности, строит радужные прогнозы. Наоборот, при депрессивном состоянии низкий эмоциональный тонус отрицательного знака затрудняет интеллектуальные процессы, способствует снижению самооценки личности и мрачному прогнозированию будущего (Смирнов В.М., Трохачев А.И., 1974).

Таким образом, в эмоциональном состоянии отражается целостная психофизиологическая деятельность в виде определенного уровня функционирования физиологических процессов и определенного уровня психической деятельности за некоторый относительно длительный промежуток времени. Изменение эмоционального состояния связано с изменениями психической деятельности и с изменениями в физиологических процессах.

Среди многочисленных эмоционально-негативных состо-

яний, таких как тревога, эмоциональная напряженность, утомление, депрессия, враждебность, фрустрация, эмоциональный стресс, наиболее частыми и характерными для пациентов с разнообразными психосоматическими нарушениями являются тревога, депрессия и враждебность.

Классификация эмоциональных состояний

Общими характеристиками всех психических состояний, по которым проводится их классификация, являются временные (отражающие продолжительность, устойчивость состояний), активационные (отражающие интенсивность психических процессов), тонические (отражающие тонус, ресурс сил индивида), тензионные (отражающие степень напряжения) параметры. По временному параметру все состояния делятся на долговременные и кратковременные. По качеству (модальности), ведущему признаку выделяются эмоциональные, активационные, тонические и тензионные. Признаком эмоционального состояния является доминирование той или иной определенной эмоции.

На передний план может выступить активационная характеристика — уровень мотивации, полное включение в ситуацию, поглощенность происходящим либо, напротив, отстраненность, отчужденность, отгороженность от жизненных событий. Тот или иной тонус организма, его энергетические ресурсы за определенный промежуток времени также могут обусловливать ведущие параметры психических состояний. Тонус, в свою очередь, зависит от состояния здоровья субъекта в данный временной интервал, от характера выполняемой деятельности, интенсивности процессов общения, внешних (социальных) условий, составляющих микро- и макросоциальную ситуацию развития.

Наконец, в каждый момент времени человеку — носителю психического состояния — свойственно то или иное напряжение. Уровень напряжения может формироваться под воздействием внутренних (психологических) факторов, таких как повышенный уровень требований, предъявляемых к собственной личности, неуверенность в себе в трудной жизненной ситуации с опасениями и страхами перед лицом возможных неудач. Напряжение может быть связано и с воздействием факторов внешних: с особенностями актуальной ситуации (условиями деятельности и общения), с условиями конку-

рентности и соревновательности.

Активация и тонус. Понятие активации широко используется в нейрофизиологии, где оно обозначает уровень функционирования центральной нервной системы. На психологическом уровне рассмотрения повышенная активация проявляется в ясности сознания, скорости действий, движений и психомоторных реакций, в энергичном поведении, в желании находить решения, в стремлении изменять ситуацию в желаемую сторону и преодолевать трудности. В большинстве случаев уровень активации обусловлен силой актуализированных потребностей и мотивов, оптимистическим отношением к жизненной ситуации, верой в свои возможности. В шкале активации на одном полюсе находятся возбуждение, подъем, повышение интенсивности психических процессов, темпа действий и движений, в то время как на другом полюсе — торможение, спад, снижение интенсивности и темпа.

В физиологии термин *«тонус»* обозначает постоянную (фиксированную) активность нервных центров, некоторых тканей и органов, обеспечивающую готовность к действию. Тонус, как и активация, — стержневая характеристика состояния. На психологическом уровне состояния тонус ощущается как наличие или отсутствие энергии, большой или малый ресурс сил, возможность двигаться к поставленным целям, активно реагировать на возникающие трудности и преодолевать их. Для повышенного тонуса свойственна повышенная готовность к работе, субъективные ощущения внутренней собранности. Пониженному тонусу свойственна низкая работоспособность, усталость, несобранность, вялость, инертность, склонность обнаруживать реакции астенического типа на трудные жизненные ситуации.

Напряжение. Напряжение является одной из важнейших характеристик состояния, которую обычно обозначают термином «тензионная». При организации любого поведения и деятельности в той или иной мере необходимо волевое регулирование, роль которого — преодоление конкурирующих ценностных ориентации, мотивов, целей, ценностей, эмоционального притяжения к различным объектам. Без освобождения приоритетных побудителей и сдерживания остальных целенаправленная поведенческая активность невозможна. Чем больше конкурирующих побудителей, чем ближе они по силе к ведущей ценностной ориентации, мотиву, цели, эмо-

циональному притяжению, тем больше нагрузка на волевую регуляцию, тем выше напряжение и все связанные с ним психологические проявления.

В шкале напряжения на одном полюсе находятся раскрепощенность, раскованность, расслабленность, внутренний психологический комфорт, непринужденность в действиях и поведении, а на другом полюсе — закрепощенность, зажатость, внутренний психологический дискомфорт, вынужденность поведения, переживания скованности и несвободы.

Если активация детерминирована потребностно-мотивационной сферой личности, то напряжение — актуальными характеристиками эмоциональной и волевой сфер.

В словаре психологии Дж. Древера (1974) напряжение определяется как чувство натяжения, общее ощущение нарушения равновесия и готовности изменить поведение при встрече с каким-либо угрожающим ситуативным фактором. В.И.Медведев и А.М.Парачев (1971) определяют напряжение в контексте инженерной психологии как величину усилия, направленного на выполнение профессиональных функций. В соответствии с преобладанием тех или иных психических функций, которые вовлечены в текущую деятельность, авторы выделяют физическое, сенсорное, эмоциональное, интеллектуальное напряжение, напряжение ожидания, монотонии и политонии (вызванное необходимостью частого переключения внимания).

При любом виде напряжения возрастает сила и глубина эмоциональных реакций, интенсивность переживаний. В каждом психическом состоянии В.Вундт выделял две основные дихотомические характеристики: напряжение-расслабление, возбуждение-успокоение. Та или иная степень напряжения часто является фоном многих других психических состояний, что дает основание говорить о напряжении как стержневой характеристике состояния. Неблагоприятным фактором, повышающим уровень напряжения, является как перегрузка информацией, так и недогрузка информацией (Зинченко и др., 1974).

Временные характеристики психического состояния. Временные характеристики психических состояний рассматривались многими авторами в связи с проблемой формирования разнообразных патологических явлений, в частности, изучались, например, явления персеверации, которые характери-

зуются инертностью в переживаниях, неподатливостью изменениям, трудностью переключения (Н.Д.Левитов). По мнению К.К.Платонова (1984), психические состояния по параметру продолжительности занимают промежуточное положение между психическими процессами и свойствами личности: «Психические состояния достаточно продолжительны (могут продолжаться месяцами), хотя при изменении условий или вследствие адаптации могут и быстро изменяться». По степени постоянства В.Л.Марищук (1974) выделяет доминирующие (наиболее характерные для субъекта) и промежуточные (переходные) состояния. Ю.Е.Сосновикова (1975) описывает продолжительные, относительно малопродолжительные и кратковременные состояния. Е.П.Ильин (1980) пишет о состояниях мимолетных (неустойчивых), длительных и хронических.

Текущие (актуальные) состояния более изменчивы, динамичны, они относятся к одному участку временной шкалы психических состояний, к более узкому масштабу (микромасштабу), а преобладающие, доминирующие — к более широкому (транcситуативные состояния).

Доминирующие состояния характерны для личности в протяженном диапазоне ее настоящего, то есть в более широком масштабе времени, чем актуальный момент, определенный особенностями данной ситуации. Они в меньшей степени обусловливаются обстоятельствами актуальной, текущей ситуации с достаточно определенно очерченными временными рамками и в большей степени — факторами социально-психологического уровня личности. При таком ракурсе рассмотрения в структуре психического состояния необходимо выделять не только «доминирующую», но и ситуативную («текущую») составляющую. Доминирующие состояния являются фоном, на котором формируются и существуют актуальные (текущие) состояния (Куликов Л.В., 2000).

Из числа хронических состояний в наибольшей степени изучено состояние хронического утомления, которое является психологическим эквивалентом астении. Причиной подобного рода затяжных психических состояний может являться эффект суммации: суммация эмоционального напряжения, накопление утомления, развитие хронического утомления. Существует представление о хроническом (эндемическом) стрессе, под которым понимают состояния психичес-

кого напряжения разной степени выраженности, вызываемые у современного человека комплексом повседневно действующих разнообразных отрицательных факторов. Последствия подобных длительных состояний в течение длительного времени могут оставаться скрытыми.

Эмоциональные характеристики психического состояния. Эмоциональные характеристики психического состояния тесно связаны с таким параметром, как полярность, или знак. Во многих случаях нетрудно отнести эмоциональное состояние к «приятным» или «неприятным», включающим в себя переживание удовольствия или неудовольствия, однако так бывает не всегда. Наиболее распространенной можно считать точку зрения, в соответствии с которой психическое состояние представляет собой сложное единство противоположных переживаний. Смех может быть смехом сквозь слезы, радость может сопровождаться печалью, гневу может сопутствовать разочарование. Не всегда выявление доминирующей эмоции позволяет отнести такое состояние к положительным или отрицательным. Для обозначения двойственности переживаний используют термин, предложенный Э.Блейером, — «амбивалентность». Амбивалентность интерпретируется как сложное внутренне противоречивое переживание, связанное с двойственным отношением к человеку или какому-либо явлению.

Существенное значение для описания психического состояния имеет интенсивность переживаемых эмоций — их сила, яркость. Количественные различия эмоций в значительной мере определяют качественную специфичность психического состояния.

Таким образом, описание эмоционального состояния предполагает указание комплекса характеристик: широта спектра переживаемых эмоций, доминирующая эмоция, интенсивность эмоциональных компонентов психического состояния, амбивалентность, полярность эмоций — преобладание приятных (положительных) или неприятных (отрицательных) эмоций.

Осознанность состояния. К числу характеристик психического состояния относится и его осознанность. Несмотря на то, что регулирующая роль сознания и самосознания для психических состояний сомнению не подвергается, вопросы обусловленности психических состояний сознанием личнос-

ти — осознанием своих взаимоотношений с окружающим миром, отчетливость представленности в сознании характера этих взаимоотношений остаются малоразработанными. Тем не менее осознанность актуального состояния во многом определяет способность личности к его психической регуляции.

Психологический уровень интерпретации психосоматического заболевания

Феноменология эмоционально-негативных состояний

Тревога

Различают тревожность как свойство личности, как относительно постоянную, относительно неизменную в течение жизни черту (личностная тревожность) и тревогу как отрицательное эмоциональное состояние. При этом определение тревоги как состояния является базовым, ключевым для определения тревожности как свойства личности: тревожность — это «склонность индивида к переживанию тревоги, характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги» (Петровский А.В., Ярошевский М.Г., 1998).

Тревожность рассматривается в качестве одного из основных параметров индивидуальных различий. Как правило, она повышена при нервно-психических и хронических соматических заболеваниях, а также у здоровых людей, переживающих последствия психической травмы, у лиц с отклоняющимся поведением. Тревожность в структуре интегральной индивидуальности относится к уровню свойств личности и пониманию как ожиданию неблагополучного исхода в относительно нейтральных, не содержащих реальной угрозы ситуациях (Кисловская В.Р., 1971). Личностная тревожность — это относительно устойчивая индивидуальная характеристика человека, дающая представление о его склонности: а) воспринимать достаточно широкий круг ситуаций как угрожающих его самооценке, самоуважению и престижу; б) реагировать на эти ситуации проявлением состояния тревожности (Спилбергер Ч., 1966; 1972; Ханин Ю.Л., 1978). Личность с выраженными чертами тревожности, — отмечает Ч.Д.Спилбергер, — склонна воспринимать окружающий мир как заключающий в себе угрозу и опасность в значительно большей степени, чем личность с низким уровнем тревожности. Как субъективное про-

явление неблагополучия личности, тревожность находится в центре внимания врачей-психиатров, психотерапевтов, клинических психологов.

Тревога определяется в отечественной литературе как отрицательное эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях *неопределенности и ожидания с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом,* которое проявляется в «ожидании неблагополучного развития событий» (Петровский А.В., Ярошевский М.Г., 1998). Прогнозирование опасности в переживании тревоги носит вероятностный характер. «В отличие от страха как реакции на конкретную угрозу тревога представляет собой генерализованный, диффузный или беспредметный страх». «У человека тревога обычно связана с ожиданием неудач в социальном взаимодействии и часто бывает обусловлена неосознаваемостью источника опасности» (Петровский А.В., Ярошевский М.Г., 1998). Тревога и страх отмечают собой также и события неожиданные: «внезапное появление неожиданного вызывает страх» (Кемпински А., 1998).

Разграничение тревоги и страха традиционно базируется на критерии, введенном в психиатрию К.Ясперсом (1948), в соответствии с которым тревога ощущается вне связи с каким бы то ни было стимулом («свободно плавающая тревога»), в то время как страх соотносится с определенным стимулом и объектом («опредмеченная», конкретизированная тревога).

Как эмоция, направленная в будущее, функционально тревога не только предупреждает субъекта о возможной опасности, но и побуждает к поиску и конкретизации этой опасности, к активному исследованию окружающей действительности с установкой на выявление угрожающего объекта. Так, по мнению Ф.Б.Березина (1988), тревога «представляет собой не столько форму психической адаптации, сколько сигнал, свидетельствующий о ее нарушении и активирующий адаптивные механизмы». Таким образом, по мнению автора, тревога может иметь охранительную и мотивационную роль, сопоставимую с ролью боли: «с возникновением тревоги связывают усиление поведенческой активности, изменение характера поведения или включение механизмов интрапсихической адаптации; причем уменьшение интенсивности тревоги воспринимается как свидетельство достаточности и адекватности реализуемых форм поведения, как восстановление ранее нарушенной адаптации».

Изучению состояния тревоги традиционно уделяется зна-

чительное внимание как зарубежными (Davidson et al., 1965; Spielberger, 1972), так и отечественными исследователями (Немчин ТА, 1966; 1983; Тарабрина Н.В., 1971; Ханин ЮЛ., 1978 и др.). Наиболее часто в литературе термин «тревога» используется для описания неприятного по своей окраске эмоционального состояния, которое характеризуется субъективными ощущениями беспокойства, мрачных предчувствий, а с физиологической стороны — активацией автономной нервной системы.

Центральный элемент тревоги представляет собой ощущение угрозы. «Состояние тревоги возникает, когда индивид воспринимает определенный раздражитель или ситуацию как несущие в себе актуально или потенциально элементы опасности, угрозы, вреда» (Спилбергер Ч., 1983). Тревога — «ощущение неопределенной угрозы, характер и время возникновения которой не поддаются предсказыванию», «чувство диффузного опасения и тревожного ожидания» (Poldinger, 1970), «неопределенное беспокойство» (Kepinski, 1977), «представляет собой результат возникновения или ожидания фрустрации и наиболее интимный (и облигатный) механизм психического стресса» (Березин Ф.Б., 1988).

Аналогичным образом определения состояния тревоги даются и другими отечественными исследователями: «тревога — устойчивое психическое состояние, которое характеризуется обратимостью при нормализации соматического состояния и социальных условий и определяется как устойчивое состояние неопределенной угрозы, характер и направленность которой неизвестны» (Соколов Е.И., Белова Е.В., 1983). Состояние тревоги облегчает формирование целого ряда других негативных эмоций и обеспечивает, по мнению авторов, яркое проявление этих отрицательных эмоций, их значительную интенсивность в ответ на незначительные эмоциогенные раздражители. Тревога как «субъективное чувство опасения и надвигающейся опасности» обычно негативно окрашена, она направлена в будущее, в противоположность таким эмоциям, как сожаление и чувство вины (Хорнблоу Э.Р., 1983).

Страх и тревога изменяют течение познавательных психических процессов. Под влиянием интенсивных переживаний тревоги, паники, ужаса наблюдается дезорганизация интеллектуально-мнестической деятельности. Этот феномен, обо-

значаемый как «аффективная загруженность», характеризует, в частности, особенности познавательной деятельности больных пограничными нервно-психическими расстройствами, пациентов с хроническими соматическими заболеваниями. У больных неврозами при тестировании может наблюдаться снижение интеллектуального коэффициента, обусловленное не интеллектуальной недостаточностью, а, скорее, эмоциональной загруженностью: переживанием проблем, конфликтных взаимоотношений, разнообразных жизненных сложностей.

Под влиянием тревоги может наблюдаться повышение или снижение чувствительности, нарушение перцептивной деятельности. При незначительно выраженной тревоге более характерным является повышение концентрации внимания с ростом эффективности аналитико-синтетической деятельности мышления (эффект мобилизации), при интенсивной тревоге — панике, ужасе — снижение концентрации внимания, нарушение оперативной памяти, понижение уровня аналитико-синтетической деятельности (эффект дезорганизации). Нарушения продуктивности мышления могут сопровождаться растерянностью, снижением волевой деятельности.

Депрессия

Депрессивный синдром (депрессия) характеризуется «депрессивной триадой»: гипотимией (сниженным настроением), замедлением мышления и двигательной заторможенностью. Как правило, у депрессивных больных настроение меланхолическое, угнетенное, с глубокой печалью, унынием и тоской, с неопределенным чувством грозящего несчастья и физически тягостными ощущениями стеснения и тяжести в области сердца, груди, во всем теле. Самочувствие больных особенно ухудшается в ранние утренние часы, когда возрастает опасность суицида. Депрессиям обычно сопутствуют нарушения аппетита и сна, снижение полового влечения, у женщин — разнообразные расстройства менструального цикла. Результаты иммунологического обследования больных свидетельствуют о том, что депрессивный аффект характеризуется формированием иммунной недостаточности с подавлением клеточных защитных иммунных реакций (Манучарян Ю.Г., 2000).

Феноменология эмоциональных состояний, связанных с

депрессией, была ярко описана в работе З.Фрейда «Печаль и меланхолия»: «Меланхолия в психическом отношении отличается глубокой страдальческой удрученностью, исчезновением интереса к внешнему миру, потерей способности любить, задержкой всякой деятельности и понижением самочувствия, выражающимся в упреках и оскорблениях по собственному адресу и нарастающим до бреда ожидания наказания». По мнению Фрейда, печаль и депрессия являются частой реакцией на потерю любимого человека («ключевой фигуры») или заменившего его отвлеченного понятия, такого как отечество, свобода, справедливость и т.д. (утрата «объектных отношений»). Различие же между печалью и депрессией заключается в том, что при печали нет нарушения самочувствия, а также нет огромного «обеднения, ограничения «Я», так характерного для депрессивных состояний.

«При печали, — пишет Фрейд, — обеднел и опустел мир, при меланхолии — само «Я»: «Больной рисует нам свое «Я» недостойным, ни к чему не годным, заслуживающим морального осуждения, — он делает себе упреки, бранит себя и ждет отвержения и наказания. Он унижает себя перед каждым человеком, жалеет каждого из своих близких, что тот связан с такой недостойной личностью. У него нет представления о происшедшей с ним перемене, и он распространяет свою самокритику и на прошлое; он утверждает, что никогда не был лучше. Эта картина преимущественно морального бреда преуменьшения дополняется бессонницей, отказом от пищи и в психологическом отношении очень замечательным преодолением влечения, которое заставляет все живущее цепляться за жизнь».

«Он утратил объект; из его слов вытекает, что его потеря касается его собственного «Я». Жалобы такого больного, по мнению Фрейда, представляют собой обвинения; все то унизительное, что говорится о себе, относится на самом деле к другому. Поскольку выбор объекта привязанности был сделан на нарцистической основе, при утрате объекта привязанность регрессирует к нарциссизму: «потеря объекта любви представляет собой великолепный повод, чтобы пробудить и проявить амбивалентность любовных отношений...», «Я» может убить себя только тогда, если благодаря обращению привязанности к объектам на себя оно относится к себе самому как к объекту...»

Изучение таких эмоциональных состояний, как депрессия,

подавленность, пассивность, безразличие, апатичность, угнетенность показывает их патогенное влияние на состояние здоровья (Симонов П.В., 1981). В.В.Аршавский и В.С.Ротенберг (1976) показали в своих работах, что различные патологические состояния (экспериментальная эпилепсия, экстрапирамидные расстройства, аритмия сердца, анафилактический шок и др.) усугубляются при пассивно-оборонительных реакциях с отказом от поиска выхода из сложившейся ситуации. «Активно-поисковое поведение, — пишут авторы, — напротив, оказывает благотворное влияние на те же самые формы экспериментальной патологии» (Аршавский В.В., РотенбергВ.С, 1976, 1978).

Обычными проявлениями депрессивных расстройств являются «страдания и ощущение печали, потеря аппетита, бессонница, уход от социальных контактов, раздражительность, ослабление интересов и способности к концентрации, а также озабоченность жалобами на физическое состояние» (Раттер М., 1987). А.Кемпински отмечает, что в случае депрессии «мы встречаемся с упроченным негативным отношением к окружающим, а одновременно и к самому себе».

Бек, рассматривая депрессию как комплекс психических феноменов, относит характеристики депрессивного состояния к четырем основным группам.

Эмоциональные проявления выражаются часто наблюдающимися унынием или угнетенным настроением. Когнитивные проявления представлены склонностью депрессивного человека рассматривать себя как неполноценного в отношении того, что является наиболее для него важным. Мотивационные проявления представлены пассивностью, зависимостью, избеганием и параличом воли; вегетативные и физические — потерей аппетита и расстройствами сна (Beck A., 1967).

С точки зрения ряда авторов, депрессия рассматривается как явление, обусловленное беспомощностью (Seligman, Maier, 1967; Seligman, Maier, Geer, 1968; Maier, 1970). Селигмен и его коллеги отождествляют «обусловленную беспомощность» («выученную беспомощность») с реактивной депрессией. Они полагают, что все ситуации, вызывающие депрессию, сходны в том, что в них представляется невозможным контроль над событиями, особенно над теми их аспектами, которые являются наиболее важными.

Клингер предложил «побудительную теорию депрессии».

Цикл «побуждения-отстранения», в соответствии с представлениями автора, состоит из трех фаз. В первой фазе индивид отвечает на утрату объекта энергичными реакциями в попытке вернуть то, что было утрачено. Вторая фаза характеризуется гневом и агрессией, направленными на объект. Наконец, когда активность в первой и второй фазах не дает результата, организм становится полностью отстраненным от побуждений, которые обычно ведут к адаптивным ответам, и эта полная отстраненность вызывает депрессию или составляет ее (Klinger, 1975).

Отечественные авторы сходным образом описывают феноменологию депрессивных состояний. Если тревога - эмоция, направленная в будущее, то депрессия скорее связана с переживанием прошлого, которое оценивается как сплошная цепь неприятностей и неудач. Негативный прошлый опыт проецируется в будущее, которое также начинает представляться нагромождением сложностей, предстоящих неприятностей, трудностей, конфликтов и проблем. Жизненный путь лишается своей перспективы. С утратой жизненной перспективы, при которой настоящее также лишается какого бы то ни было смысла, формируется депрессия.

В отечественной психологии депрессия определяется как «аффективное состояние, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменением мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивностью поведения. Субъективно человек в состоянии депрессии испытывает прежде всего тяжелые, мучительные эмоции и переживания — подавленность, тоску, отчаяние. Влечения, мотивы, волевая активность резко снижены. Характерными являются мысли о собственной ответственности за разнообразные неприятные, тяжелые события, происшедшие в жизни человека или его близких. Чувство вины за события прошлого и ощущение беспомощности перед лицом жизненных трудностей сочетаются с чувством бесперспективности. Самооценка резко снижена. Измененным оказывается восприятие времени, которое течет в настоящем мучительно долго. Для поведения в состоянии депрессии характерны замедленность, безынициативность, быстрая утомляемость; все это приводит к резкому падению продуктивности» (Петровский А.В., Ярошевский М.Г., 1998).

Эмоциональные состояния при агрессии

Агрессивное поведение

Агрессия, или агрессивное поведение, определяется как «целенаправленное деструктивное поведение, противоречащее нормам и правилам сосуществования людей в обществе, наносящее вред объектам нападения (одушевленным и неодушевленным), причиняющее физический вред людям или вызывающее у них отрицательные переживания, состояния напряженности, страха, подавленнности и т.д.» (Петровский А.В., Ярошевский М.Г., 1998).

Под агрессивным поведением (агрессией) понимают адресованное другому человеку, группе лиц или собственной личности поведение, характеризующееся инициативностью и целенаправленностью; целью агрессии является причинение вреда, нанесение ущерба, а специфическим способом достижения цели — применение силы или угроза ее применения. К признакам, квалифицирующим то или иное действие как агрессивное, относятся следующие основные черты:

1) наличие субъект-субъектного или субъект-объектного взаимодействия; вне процесса общения агрессии не существует, и в этом смысле она рассматривается как патологическая форма межличностного взаимодействия;

2) наличие признака инициативы и направленности действий против конкретного человека или объекта;

3) наличие цели или результата действий, заключающихся в причинении вреда, нанесении ущерба;

4) использование в качестве способа достижения цели непосредственного применения силы, угрозы ее применения или демонстрации превосходства в силе.

Агрессивное поведение описывается тремя группами факторов: субъектными (внутриличностными, характеризующими психическую деятельность агрессора, такими, например, как инициатива, мотивирующая агрессию эмоция гнева, относительно низкий уровень эмпатии), объектными (характеризующими степень изменения или разрушения объекта) и социально-нормативными, оценочными факторами, такими как морально-этические нормы или уголовный кодекс.

Как правило, в исследованиях, посвященных проблеме агрессивного поведения, выделяются три группы причин, влияющих на агрессию: биологические, социальные и психоло-

гические. К биологическим факторам наиболее часто относят: наследственность, отягощенную психическими заболеваниями, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков и психотропных препаратов, наличие в анамнезе тяжелых или повторных черепно-мозговых травм, а также в ряде случаев — инфекций, интоксикаций и т.д. В качестве социальных факторов, оказывающих свое воздействие на агрессивное поведение, выступают: полученное образование, наличие и характер выполняемой работы, семейное положение, общение в асоциальных группах и другие. Среди психологических характеристик, связанных с агрессивностью как свойством личности, рассматриваются: выраженность в структуре личности черт эгоцентризма, эмоциональной неустойчивости, импульсивности, тревожности, а также склонность к дисфориям, к эмоциям ярости и гнева. Могут иметь значение особенности самооценки, локуса контроля. Одну из центральных ролей в организации агрессивного поведения играют характеристики мотивационной сферы, а также уровень социализации индивида со степенью интериоризации регулирующих поведение морально-этических и правовых норм.

Как уже было указано выше, в рамках концепции агрессивного поведения крупнейшего представителя динамической психиатрии Гюнтера Аммона рассматривается три вида агрессии. Аммон различает агрессию конструктивную (открытое прямое проявление агрессии в социально приемлемой форме или с социально позитивным результатом), деструктивную (открытое прямое проявление агрессии в социально неприемлемой форме или с социально негативным результатом) и дефицитарную (связанную с дефицитом соответствующих поведенческих навыков и вследствие этого — с недостаточным отреагированием агрессивных побуждений). Дефицитарная форма агрессии, по данным современных исследователей, характерна для пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями.

Агрессивное поведение формируется на основе таких психических состояний, как эмоциональное возбуждение или эмоциональное напряжение; при этом психологическая модальность психического состояния обозначается термином враждебность. Если агрессия — это поведение, конкретные действия, конкретные поступки, то враждебность — установка, состояние психологической готовности к совершению аг-

рессивных действий. Л.Берковиц (2001) определяет враждебность как негативную установку к другому человеку или группе людей.

Агрессивное поведение (агрессия) наиболее часто мотивируется эмоцией гнева — одной из фундаментальных эмоций, которая возникает у человека в ситуациях угрозы его психологическому, социальному, биологическому существованию. Гнев как определенное эмоциональное состояние связан с «внутренними физиологическими реакциями и непроизвольной эмоциональной экспрессией, обусловленной неблагоприятными событиями: моторными реакциями (такими как сжатые кулаки), выражениями лица (расширенные ноздри и нахмуренные брови) и так далее; определенную роль, вероятно, играют также возникающие при этом мысли и воспоминания. Все эти сенсорные потоки комбинируются в сознании личности в переживание «гнева» (Берковиц Л., 2001). Гнев как эмоциональное состояние, отмечает Л.Берковиц, сопровождает побуждение к нападению на жертву.

Относительно стабильная готовность к агрессивным действиям в самых разных ситуациях, т.е. соответствующее свойство личности, личностная черта, относительно постоянная и относительно неизменная в течение всей жизни человека, определяется термином «агрессивность». Под агрессивностью понимается «навык применения силы в межличностных отношениях» (Басе), «относительно устойчивая готовность реагировать *агрессивно*» (Л.Берковиц).

Состояние эмоционального возбуждения

При формировании состояния эмоционального возбуждения наблюдается известная вариативность возникновения и развития эмоциональных процессов, но в случае выраженности этого состояния на начальной стадии его возникновения происходит кумуляция эмоционального напряжения, которая в силу взаимодействия определенных личностных особенностей и ситуативных воздействий не находит отреагирования (Сафуанов Ф.С., 1998). Среди таких индивидуально-психологических особенностей можно назвать, отмечает Ф.С.Сафуанов, исходный низкий уровень агрессивности и эмоциональной устойчивости, пониженный порог фрустрации, нетипичность внешне обвиняющих форм реагирования в конфликтных ситуациях, высокий уровень опосредованно-

сти поведения и самоконтроля, робость, нерешительность, сенситивность, склонность выражать агрессивность в социально допустимой форме. Указанные личностные особенности обусловливают, в условиях затяжного течения конфликтной фрустрирующей ситуации длительностью до нескольких лет и в ситуациях, которые блокируют прямые проявления агрессии (например, в сфере семейных отношений или в строго регламентированных условиях военной службы), накопление эмоционального напряжения. Столь длительной кумуляции эмоционального напряжения способствуют и ограниченные ресурсы совладающего поведения, сводящиеся к различным психологическим механизмам мотивации «избегания»: уход из ситуации, суицидальные попытки и т.д. Механизм переживания преимущественно заключается в «терпении», часто феноменологически протекающем в виде депрессии невротического уровня, что может сочетаться и с «вытеснением», и с образованием «аффективных комплексов», непосредственно связанных с фрустрирующей ситуацией. В результате эмоциональное напряжение достигает очень высокого уровня — более высокого, чем при кумулятивном аффекте. На этом фоне даже незначительные, иногда условные фрустрирующие воздействия могут вызвать пик эмоционального возбуждения, нарастание которого обычно более сглажено, чем у взрыва при физиологическом или кумулятивном аффекте, но на высоте пика возбуждения происходит типичное сужение сознания (с фрагментарностью восприятия и доминированием эмоциональных переживаний, связанных с ситуацией) и нарушение регуляции поведения. Третья фаза характеризуется психической и физической астенией.

Чрезмерное эмоциональное возбуждение, не выраженное вовне, является причиной психосоматических заболеваний (Рейковский Я., 1979). По мнению автора, это положение соответствует тезису, развиваемому в психосоматической литературе, в соответствии с которым главным источником патогенных последствий является вытеснение эмоций, прежде всего агрессии (враждебности) и беспокойства.

Состояние эмоционального напряжения

На начальной стадии формирования состояния эмоционального напряжения происходит кумуляция эмоциональной напряженности. Однако эмоциональное напряжение после

каждого очередного фрустрирующего воздействия не сбрасывается (по В.Вундту, спад эмоционального напряжения сопровождается резким ростом эмоционального возбуждения), а все более нарастает и переходит во вторую фазу, которая не носит взрывного характера, а представляет собой как бы «плато» интенсивного эмоционального напряжения (Сафуанов Ф.С., 1998). По аналогии с моделью стресса Г.Селье автор считает возможным утверждать, что стадия сопротивления организма (первая стадия) сменяется стадией истощения адаптационных возможностей или описанной в физиологии фазой «отрицательной эмоции», которая может сопровождаться угнетением интеллектуальных функций при сохранении или даже повышении энергетических ресурсов. Обычно эти состояния характеризуются меньшей интенсивностью и силой переживаний, чем эмоциональное возбуждение, но при определенной констелляции личностных и ситуационных факторов, исчерпании ресурсов совладающего поведения и попыток субъекта адаптироваться к конфликтной стрессовой ситуации, эмоциональное напряжение может достигать такого уровня, когда нарушается процесс выбора цели действия, высвобождаются стереотипные автоматизированные движения, происходят ошибки в восприятии окружающей действительности. Иными словами, отмечает Ф.С.Сафуанов, определенное взаимодействие личностных особенностей с ситуационными переменными обусловливает такой рост эмоциональной напряженности, который сопровождается частичным сужением сознания, снижением контроля и регуляции поведения. Сужение сознания выражается не столько в фрагментарности восприятия, сколько в доминировании аффектогенной мотивации, носящей сверхзначимый, сверхценный характер и обусловливающей затруднения в осмыслении и понимании окружающего. Она же редуцирует борьбу мотивов, нарушает оценочные, прогностические и контролирующие функции человека. Третья стадия характеризуется выраженным физическим и психическим истощением.

С точки зрения формирования соматической патологии, продолжительное эмоциональное напряжение опасно, так как длительное существование значительного по силе эмоционального возбуждения создает высокий уровень возбуждения в симпатическом отделе вегетативной нервной системы. Импульсы направляются к внутренним органам, нарушают их нормаль-

ную функцию. Существование в течение длительного времени эмоционального возбуждения вызывает эндокринные и вегетативные сдвиги. Значительные нагрузки испытывают системы симпатико-адреналовая, гипоталамус-гипофиз-кора надпочечников, сердечно-сосудистая, обмен веществ и другие адаптивные системы организма (Хомуло П.С, 1982).

Состояние фрустрации

Фрустрация (от лат. Frustratio — обман, расстройство, разрушение планов) — это: 1) психическое состояние, выражающееся в характерных особенностях переживаний и поведения, вызываемых объективно непреодолимыми или субъективно воспринимаемыми трудностями, возникающими на пути к достижению цели или решению задач; 2) состояние краха и подавленности, вызванное переживанием неудачи (Петровский А.В., Ярошевский М.Г., 1998).

Исторически проблема фрустрации первоначально связана с работами З.Фрейда и его последователей, усматривавших однозначную связь между фрустрацией и агрессией. В рамках бихевиористских теорий фрустрация определялась как изменение или затормаживание ожидаемой реакции при определенных условиях, как помеха в деятельности. В настоящее время ряд авторов используют понятие фрустрации и психологического стресса как синонимы; некоторые рассматривают фрустрацию как частную форму психологического стресса. По мнению А.В.Петровского и М.Г.Ярошевского, правомерно также рассматривать фрустрацию в контексте межличностного функционирования, и с этой точки зрения для исследователей представляет интерес сфера межличностных конфликтов и трудностей, которые могут возникать в самых разнообразных жизненных ситуациях, в том числе и в повседневных. В самом общем виде состояние фрустрации — специфическое эмоциональное состояние, которое возникает, когда на пути достижения значимой цели человек встречает субъективно непреодолимое препятствие.

Как правило, состояние фрустрации достаточно неприятное и напряженное, чтобы не стремиться избавиться от него. Планируя свое поведение на пути к достижению поставленных целей, человек одновременно мобилизует блок обеспечения цели определенными действиями. В этом смысле говорят об энергетическом обеспечении целенаправленно-

го поведения. В том случае, если перед запущенным в ход механизмом вдруг неожиданно возникает препятствие, то неизбежно наблюдаются концентрация нереализованной энергии, повышение уровня активации подкорковых образований, в частности, ретикулярной формации. Переизбыток нереализуемой энергии вызывает чувство дискомфорта и напряжения.

К условиям возникновения состояния фрустрации относятся следующие факторы:

1) наличие потребности как источника активности, мотива как конкретного проявления потребности, цели и первоначального плана действия;

2) наличие сопротивления (препятствия-фрустратора).

В свою очередь, препятствия могут быть следующих видов:

1) пассивное внешнее сопротивление (наличие элементарной физической преграды, барьера на пути к цели; удаленность объекта потребности во времени и в пространстве);

2) активное внешнее сопротивление (запреты и угрозы наказанием со стороны окружения, если субъект совершает или продолжает совершать то, что ему запрещают);

3) пассивное внутреннее сопротивление (осознанные или неосознанные комплексы неполноценности; неспособность осуществить намеченное, резкое расхождение между высоким уровнем притязаний и возможностями исполнения);

4) активное внутреннее сопротивление (угрызения совести) (Киршбаум Э.И., Еремеева А.И., 1990).

Одиночество

Самонаблюдения лиц, пребывающих в условиях одиночества, свидетельствуют о том, что фактор изоляции может существенным образом изменять психическое состояние людей.

Известный русский психиатр П.Б.Ганнушкин еще в 1904 г. отмечал, что реактивные психические состояния могут развиваться у людей, по тем или иным причинам оказавшимся в условиях социальной изоляции. Ряд психиатров описывают в своих работах случаи развития реактивных психозов у людей, попавших в социальную изоляцию вследствие незнания языка. Говоря о так называемых психозах старых дев, немецкий психиатр Э.Кречмер в качестве одной из причин выщеляет относительную изоляцию. По этой же причине реактивные состояния и галлюцинозы могут развиваться у одиноких пенси-

онеров, вдовцов и т.д. Особенно отчетливо патогенное воздействие этого фактора на психическое состояние выступает в условиях одиночного тюремного заключения. Немецкий психиатр Э.Крепелин в своей классификации психических болезней выделяет группу «тюремных психозов», к которым он относит галлюцинаторно-параноидные психозы, протекающие при ясном сознании и возникающие обычно при длительном одиночном заключении.

В современной отечественной психологии одиночество относится к одному из видов «трудных» состояний (Гримак Л.П., 1991). Состояние одиночества, которое может быть абсолютным или относительным, отмечает Л.П.Гримак, вызывается недостатком внешней стимуляции физического и социального характера. В условиях одиночества обостряется интенсивность общения с самим собой. По продолжительности, степени изоляции и по своему происхождению формы относительного одиночества могут быть самыми разнообразными. Так, например, в условиях относительного одиночества протекают многие виды профессиональной деятельности, когда общение с другими людьми становится возможным лишь периодически: летчики-истребители, водители автотранспорта, космонавты и т.д. Наиболее ярко основные черты одиночества проступают, когда человек длительное время находится в таких естественных условиях, которые ограничивают его общение с другими людьми, как, например, спелеологи, одиночки-мореплаватели.

Одиночество — это не только трудное состояние. Как своеобразная форма «социального голода», по аналогии с дозированным физиологическим голоданием, одиночество может быть и полезно, и даже необходимо человеку как средство лечения души, восстановления себя, своей «самости», средство самосовершенствования. Человеку периодически необходимо оставаться наедине с самим собой, со своими мыслями и чувствами, сомнениями и тревогами.

В условиях групповой изоляции наблюдаются четыре симптома, которые были первоначально зафиксированы у зимовщиков в Антарктиде: так называемый зимовочный синдром, состоящий из депрессии, враждебности, нарушений сна и ослабления познавательных способностей.

Существует ряд условий, способствующих успешному перенесению индивидуальной изоляции. Это прежде всего мак-

симально возможная включенность в целенаправленную деятельность, высокая адекватная мотивация, четкое осознание необходимости решения задач исследования или путешествия как своих личных. Одиночество легче переносят люди, хорошо информированные о возможных психических состояниях, «ориентирующиеся» в реакциях организма и самочувствии в условиях изоляции, знающие способы самоорганизации жизнедеятельности в этих условиях. Ситуация изоляции является, таким образом, стрессовой и экстремальной для индивида настолько, насколько он сам ее воспринимает как таковую.

Индивидуальная изоляция в лабораторных условиях содержит в себе все признаки одиночества: сенсорную депривацию, социальную депривацию и фактор «заключения».

Сенсорная депривация

Термин «депривация» (deprivation, или соотв. privation) обозначает потерю чего-либо, лишение из-за недостаточного удовлетворения какой-либо важной потребности (Лангмейер Й., Матейчек З., 1984). В том случае, когда речь идет о недостаточном удовлетворении основных психических потребностей, используются в качестве равнозначных термины «психическая депривация», «психическое голодание», «психическая недостаточность». Й.Лангмейер, З.Матейчек дают следующее определение психической депривации: «Психическая депривация является психическим состоянием, возникшим в результате таких жизненных ситуаций, где субъекту не предоставляется возможности для удовлетворения некоторых его основных (жизненных) психических потребностей в достаточной мере и в течение достаточно длительного времени». Под психическим состоянием авторы понимают «ту актуальную душевную действительность, которая возникает путем определенного специфического процесса (вызванного стимульным обеднением) и которая является основой или внутренним психическим условием определенного специфического поведения (депривационных последствий)».

Й.Лангмейер, З.Матейчек вводят в этой связи понятие «депривационной ситуации» — такой жизненной ситуации, где отсутствует возможность удовлетворения важных психических потребностей. Авторы говорят также о «депривационном

опыте» — термин, под которым понимается лишь то обстоятельство, что индивид уже ранее подвергался депривационной ситуации и что в каждую новую подобную ситуацию он будет вследствие этого вступать с несколько видоизмененной, более чувствительной, или, напротив, более «закаленной» психической структурой.

Социально-психологические последствия депривации - это страх перед людьми, который сменяется многочисленными непостоянными и недифференцированными отношениями, в которых проявляется назойливость и неутолимая потребность внимания и любви. При этом сексуальные проявления бывают либо аутистического характера, либо отличаются неконтролируемым и недифференцированным характером. Проявления чувств отличаются бедностью и нередко явной склонностью к острым аффектам и весьма низкой фрустрационной толерантностью. По мнению авторов, основное патогенное значение для нарушений развития и характера имеет недостаточное удовлетворение аффективных потребностей, т.е. эмоциональная, аффективная депривация.

Сенсорная депривация связана со снижением интенсивности и уменьшением разнообразия притока раздражителей, поступающих из внешней среды. И.М.Сеченов в своей работе «Рефлексы головного мозга» писал о том, что одним из необходимых условий нормальной психической деятельности человека является известный минимум раздражителей, поступающих в мозг от органов чувств. С влиянием измененной афферентации на психическое состояние людей в массовых масштабах столкнулись авиационные врачи в период Второй Мировой войны. У летчиков во время полетов появлялось сонливое состояние и чувство апатии, сопровождающееся переживанием физического «отрыва» от Земли. Чувство «оторванности», «отрешенности» в некоторых случаях сопровождалось дезориентацией в пространстве и развитием галлюцинаций. Исследования по строгой сенсорной депривации показали, что многие здоровые люди ее не выдерживают: приходится прекращать опыт. Исследователями описан ряд психических нарушений, охватывающих все сферы психической деятельности (Леонов А.А., Лебедев В.И., 1975).

В условиях экспериментальной сенсорной депривации наиболее часто отмечаются различные обманы чувств. Поступа-

ющие из внешнего мира сигналы попадают не на «чистую доску» наших восприятий, а на готовую программу встречи и реагирования. Процесс отражения, по А.Н.Леонтьеву (1965), является «результатом не воздействия, а взаимодействия, т.е. результатом процессов, идущих как бы навстречу друг другу. Один из них есть процесс воздействия на живую систему, другой — активность самой системы по отношению к воздействующему объекту».

Сенсорная организация человека приспосабливается в процессе жизненного опыта к ориентации в таких условиях, где раздражители в большинстве случаев обладают достаточно ясной для их распознавания информативностью. В тех случаях, где информативная характеристика бывает недостаточна для их узнавания (например в самом начале какого-либо патологического процесса, который манифестирует недифференцированным ощущением неясного дискомфорта), человек имеет возможность интерпретировать неопределенный раздражитель проективно, приписывая ему то или иное значение в соответствии с актуальной доминирующей мотивацией (подобный механизм, вероятно, лежит в основе феномена ипохондрии). Вследствие крайней ограниченности периферического звена восприятия (ощущения) баланс соотношения центрального и периферического компонентов восприятия перемещается в сторону неуравновешенного ощущением центрального звена (представления). Представления, не корригируемые подтверждающими дополнительными сигналами, отождествляются с образом предполагаемого объекта и приводят человека к уверенности в том, что он подлинно воспринял, узнал то или иное явление, предмет и т.д. (Леонов А.А., Лебедев В.И., 1975). Можно также предположить, что «недогруженная» ощущениями нервная система в условиях сенсорной депривации способна сама продуцировать образы, которые расцениваются как продуктивная психопатологическая симптоматика.

Другой формой обманов чувств, также часто встречающихся в условиях изоляции, являются эйдетические представления, когда в сознании всплывают яркие, интенсивные образы, наполненные живым чувственным содержанием, эмоционально окрашенные, с отчетливыми конкретными деталями. В обычной обстановке, отмечают А.А.Леонов и В.И.Лебедев, яркость образных представлений подавляет-

ся многочисленными реальными раздражителями, и представления на этом фоне кажутся бледными и неотчетливыми. В условиях же сенсорного голода поток ассоциативных представлений вызывает яркие образы, компенсирующие ограниченность и монотонность объектов внешней среды. В условиях болезни, по-видимому, снижение интереса к событиям внешним закономерно сопровождается повышением интенсивности и яркости ощущений внутренних, связанных с функционированием тех или иных органов и функциональных систем.

Еще одну группу необычных психических состояний в условиях сенсорной депривации составляет изменение самосознания. Так, в условиях изоляции люди часто персонифицируют неодушевленные предметы и разговаривают с ними. Наедине с самим собой человек имеет интериоризированную (перенесенную вовнутрь, в план умственного действия) аудиторию, к которой он обращает свои мысли и чувства. Если в обычных условиях человек ведет беседу с «интроектами», т.е. с интериоризированными друзьями, оппонентами и т.д. про себя, то в условиях изоляции этот разговор с самим собой начинает выражаться в форме устной или письменной речи.

В работах американских исследователей отмечается, что сенсорная депривация оказывает разрушительное влияние на работоспособность, целеустремленность, вследствие чего испытуемые часто отказываются от дальнейшего пребывания в условиях изоляции. Ряд авторов отмечают развитие таких эмоционально-негативных состояний, как депрессия, апатия, эмоциональная неустойчивость с импульсивностью и нарушением эмоционального самоконтроля, а также возникновение чувства эйфории — состояния повышенного настроения с оттенком безоблачной радости, блаженства в сочетании со снижением самокритики.

Многочисленные наблюдения за людьми, находящимися в условиях сенсорной депривации, показывают, что если все необычные психические состояния первоначально носят функциональный и обратимый характер, то с увеличением длительности воздействия этого фактора они перерастают в реактивные психозы, галлюцинозы, другие формы психических нарушений. Поэтому большую актуальность приобретает проблема борьбы с сенсорным голодом.

Социальная депривация

Социальная депривация обусловлена отсутствием возможности общения с другими людьми либо возможностью общения лишь со строго ограниченным контингентом людей. В этом случае человек не может получить привычной социально-значимой информации, не может реализовать чувственно-эмоциональные контакты, которые возникают при общении с другими людьми. Характеризуя недостаточность сенсорного притока, известный американский психотерапевт Э.Берн вводит такое понятие, как «структурирование времени». «Структурный голод столь же важен для жизни, — считает он, — как и сенсорный голод...Структурный голод связан с необходимостью избегать скуки. Если скука, тоска длятся достаточно долгое время, то они становятся синонимом эмоционального голода и могут иметь те же последствия. Обособленный от общества человек может структурировать время двумя способами: с помощью деятельности или фантазии». Общение с самим собой и в качестве специфической психической деятельности по реальному управлению собственной личностью, и в качестве фантазии (общение «в памяти» или же «грезы на заданную тему») представляет собой способ наполнения времени (структурирования времени) деятельностью. Различными способами наполнения времени являются игровая деятельность и, в особенности, творчество.

Фактор «заключения»

Фактор «заключения» характерен для индивидуальной изоляции. Он связан с лишением возможности свободного передвижения, соприкосновения с окружающей средой и с вынужденным нахождением в ограниченном пространстве. Существенные изменения в психофизиологическом состоянии человека происходят уже при воздействии одного лишь фактора «заключения». Изменения электроэнцефалограммы в этих условиях свидетельствуют о снижении уровня бодрствования, ухудшении возможностей мыслительной деятельности. В этом состоянии появляется чувство беспокойства, тревоги, изменяются параметры самооценки состояния. Добавление к «заключению» двух других компонентов — социальной и сенсорной депривации — увеличивает число и глубину сдвигов в психическом состоянии; воздействующие условия переносятся тяжелее.

Психосоматический диагноз (позитивная и негативная диагностика психосоматического заболевания)

Квалификация психосоматического заболевания проводится на основании одновременно двух принципов диагностики — негативной и позитивной. В классификации DSM-III-R психосоматические нарушения изложены в разделе «Психологические факторы, влияющие на физическое состояние (психосоматические расстройства)». В соответствии с критериями диагностики психосоматического заболевания, которые сформулированы в DSM-III-R и МКБ-10, квалификация этого расстройства требует его первоначального отграничения от целого ряда других психопатологических феноменов; диагностика осуществляется первоначально на основе негативного критерия.

Из классификации DSM-III-R исключены: 1) классические психические расстройства, при которых соматические жалобы являются составной частью заболевания, например, расстройство в виде конверсии, при котором соматические жалобы вызваны психологическим конфликтом; 2) расстройство в виде соматизации, при котором выявляются физические симптомы, не основанные на органически неполноценной почве; 3) ипохондрия, при которой отмечается обостренное внимание к своему здоровью и воображаемое ощущение тяжелой болезни; 4) физические жалобы, которые часто связаны с психологическими расстройствами, например, расстройства в виде дистимии, которые сопровождаются мышечной слабостью и изможденностью; 5) физические жалобы, связанные с привычными расстройствами, например кашель, связанный с табакокурением.

На практике бывает трудно, используя лишь клинический метод исследования, дифференцировать сенестопатии при шизофрении и ощущения боли на этапе формирования психосоматического страдания; болевые ощущения у пациента с психосоматическим заболеванием желудочно-кишечного тракта и болевые ощущения, сопровождающие самочувствие пациента при ларвированной депрессии, где физическая боль является неизменным составляющим компонентом психической болезни. Могут возникать трудности и при дифференциальной диагностике соматического симптома при психосо-

матическом заболевании и конверсионного симптома при истерии. В сложных диагностических случаях на помощь врачу приходит психолог со своими тонкими инструментами изучения всех особенностей и характеристик психической деятельности больного. Таким образом, первый этап диагностики психосоматического заболевания — этап негативной диагностики — заключается в исследовании эмоциональных, мотивационно-волевых, когнитивных процессов, позволяющих выявить возможные нарушения в этих сферах психической деятельности: актуализацию латентных свойств, разноплановость мышления, склонность к резонерству, символизму и отдаленным ассоциациям у больного шизофренией, сопровождающиеся тенденцией к снижению уровня побуждений и редукцией энергетического потенциала с отчетливыми признаками астении; витальный оттенок аффекта депрессивной модальности у пациента с соматизированной депрессией; эгоцентризм, демонстративность, доминирование функции вытеснения и склонность к манипуляциям в межличностных взаимоотношениях у больного истерией.

Позитивная диагностика психосоматического заболевания предполагает, во-первых, констатацию наличия подтвержденного органического заболевания (например ревматоидного артрита) или известного патофизиологического расстройства (например головной боли, мигрени).

Во-вторых, диагностические критерии DSM-III и DSM-III-R для психологических факторов, оказывающих влияние на физическое состояние (т.е. для психосоматических расстройств), — это те психологически значимые раздражители из окружающей среды, которые достоверно, хотя и частично, и временно обусловливают ослабление или усиление физического заболевания. При таком состоянии имеется либо отчетливая органическая патология, либо какой-либо известный патофизиологический процесс. Таким образом, позитивная диагностика психосоматического расстройства предполагает выявление психологически значимых раздражителей из окружающей среды, связанных во временном отношении с началом или обострением специфического физического заболевания или расстройства.

Диагностика ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, язвенной болезни и других заболеваний в определенный период жизни больного, отмечает Ю.М.Губачев

(2001), свидетельствует только о том, что к этому времени соотношение длительно действующих повреждающих и компенсаторных, восстанавливающих факторов привело к недостаточности приспособительных возможностей отдельных систем организма. Патогенные факторы таких заболеваний характеризуются длительным действием. Развитие болезни в результате роковой «психической травмы» и эмоционального стресса, отмечает автор, происходит сравнительно редко, в тех случаях, когда к моменту их действия состояние органа или системы мишеней резко изменено, а приспособительные возможности исчерпаны. Позитивная диагностика психосоматического заболевания предполагает констатацию длительного эмоционально-негативного состояния, сформированного под воздействием продолжительных психотравмирующих обстоятельств.

Среди переживаний, по мнению Ю.М.Губачева (2001), имеющих наибольшую распространенность и значительную длительность, выделяются прежде всего переживание неуспеха, неудачи, ощущение собственной несостоятельности, потери, ожидание неизбежного возмездия или неприятного следствия какого-либо поступка. Большое значение имеет постоянное суммирование в жизни эмоциональных травм и микротравм, накапливающих постепенно свой разрушительный эффект, а также наличие длительных неразрешимых эмоциональных конфликтов.

Важным элементом позитивной диагностики психосоматического нарушения является оценка психологических и социально-психологических свойств личности больного. К социально-психологическим свойствам пациентов, страдающих самыми разнообразными формами психосоматической патологии, относятся такие качества, как: обязательность, ответственность, повышенная социальная нормативность, приверженность морально-этическим нормам и развитое чувство долга. Среди психологических свойств личности психосоматически больных выделяют: эгоцентризм, черты инфантилизма с эмоциональной незрелостью; алекситимические черты с недостаточной способностью к отражению в сознании и внешнем выражении чувств и текущих эмоциональных состояний, избыточный нормативный самоконтроль над эмоциональными реакциями и поведением в целом; элементы амбивалентности в эмоциональных состояниях и установках; дефицитарную агрессивность с хроническим подавлением

наиболее стеничных и экспансивных эмоций раздражения и гнева; перфекционизм с крайней степенью напряжения адаптивных и компенсаторных способностей личности; тенденцию к реагированию по типу «выученной беспомощности» с отказом от «поисковой активности», экспериментирования, расширения ролевого и инструментального репертуара. Констатация подобной личностной структуры интерпретируется как фактор психологической предрасположенности к формированию психосоматического заболевания.

Методология экспериментально-психологических исследований в клинике внутренних болезней

Методологической основой проведения экспериментально-психологических исследований в соматической клинике могут служить методологические принципы, которые относятся к наиболее фундаментальным, наиболее общим принципам исследования — принципам, заимствованным психологической наукой на этапе ее превращения в самостоятельную научную дисциплину из философии. Это такие положения, как принцип детерминизма, принцип единства сознания и деятельности, принцип формирования сознания в деятельности, развития психического в процессе непосредственного процесса общения и деятельности, принцип моделирования, системный подход, используемый при описании сложных объектов, к числу которых, бесспорно, относится и психическая деятельность человека.

Если эти принципы принимаются в качестве фундаментальной основы для исследований, то в качестве предпосылок проведения эксперимента выступают несколько основных положений:

1. Нет ничего случайного в поведении испытуемого во время исследования (принцип детерминизма); все то, что мы можем наблюдать в особенностях поведения, как вербального, так и невербального (в мимике, позе, походке, в жестах, манере сидеть, манере стоять), в особенностях общения и деятельности — все отражает некоторые глубинные психологические структуры, подлежащие исследованию. Напротив, весь внутренний психологический мир больного — его переживания, страхи, страсти, комплексы, страдания, его индивидуальные способы реагирования на стресс, методы психологической

защиты, характеристики совладающего поведения — все это в той или иной степени, более или менее ярко проявляется во внешнем поведении.

2. Существует некоторая вероятностная связь между тем, что испытуемый делает (особенности поведения, общения, деятельности) и теми глубинными психическими структурами, которые детерминируют характеристики внешних проявлений (принцип единства сознания и деятельности). Выявляя характерные паттерны деятельности, мы обнаруживаем более или менее устойчивые и более или менее длительные психологические структуры, входящие в личность на правах психического состояния или психической черты. Наличие этой вероятностной связи зафиксировано, в частности, в тех определениях исследуемых психологических феноменов, которые мы находим в словарях, учебниках, энциклопедиях. Так, тревожность как свойство личности, как относительно устойчивая, относительно неизменная в течение всей жизни личностная черта, определяется традиционно как склонность к возникновению эмоции тревоги (через эмоциональную реакцию, эмоциональное состояние). Агрессивность как свойство личности определяется как склонность к агрессивному поведению, как навык нападения, как склонность к применению силы в межличностных отношениях (через поведение). Свойства личности и формируются, и проявляются в деятельности, в социальном функционировании человека.

3. Интерпретация результатов экспериментально-психологического исследования является по сути дела построением модели психики испытуемого. Мы не просто перечисляем полученные в результате исследования данные, но устанавливаем между ними определенные взаимосвязи, выявляем некоторую целостную структуру, формирующую более общий контекст, в рамках которого только и может быть понято данное психологическое качество, свойство, данная характеристика. Мы пытаемся выявить психологические механизмы возникновения того или иного свойства, основные этапы и формы его проявления. При этом по мере накопления данных, получаемых в ходе эксперимента, конструируемая модель непрерывно корректируется в зависимости от все новых и новых выявляемых фактов; она постоянно уточняется, проверяется, углубляется в эксперименте.

4. Существует наиболее общий и наиболее фундаментальный системообразующий фактор, который придает неповторимое своеобразие всем характеристикам психической деятельности человека, всем его качествам и свойствам, фактор, под влиянием которого целостная психическая деятельность приобретает новую модальность, новое качество, фактор, который должен учитываться на этапах планирования, проведения, интерпретации полученных результатов, организации экспериментально-психологического исследования. Этим системообразующим фактором является болезнь. Болезнь оказывает модулирующее воздействие на все характеристики психической деятельности, на все психические феномены, выступая по отношению к ним некоторым «фоном», или «фундаментом», некоторым более общим контекстом, в рамках которого все установленные факты приобретают новое значение.

Первым феноменом, с которым сталкивается исследователь при проведении экспериментально-психологической работы, является мотивированность соматически больного на участие в эксперименте. Насколько значимым для больного является участие в исследовании, насколько он заинтересован в получении объективной и адекватной информации, насколько он заинтересован в сотрудничестве с психологом — все это определяет наличие или отсутствие «комплайенса» при проведении тестирования. В клинике внутренних болезней такого «комплайенса», или согласия, как правило, не существует, поскольку у соматически больного преобладает соматическая «концепция болезни». В случае преобладания «психологической концепции болезни» пациент обращается в психотерапевтическую клинику либо по собственной инициативе, будучи госпитализирован в соматический стационар, обращается за помощью к психологу, к психотерапевту, реже — к психиатру.

Поэтому непосредственно перед проведением экспериментально-психологического исследования, а также в ходе эксперимента и после него, пациент соматической клиники нуждается в постоянной дополнительной мотивации. Эксперимент, в частности, может быть построен таким образом, чтобы больной мог получить информацию о самом себе, выяснить для себя то, что его интересует, что имеет отношение к

его болезни, к его текущим проблемам, к его актуальной психологической проблематике, к его конкретной жизненной ситуации. По окончании эксперимента также желательно дать испытуемому какую-либо информацию, которая может быть интересной или полезной для больного.

Разумеется, нет необходимости предоставлять всю полноту информации, выявленной психологом, поскольку она может касаться очень узких и специальных вопросов, таких психологических черт или психических феноменов, которые не представляют интереса для самого пациента, о которых он, возможно, ничего не знает даже теоретически и тем более не заинтересован в их выяснении практически. Не следует, по-видимому, предоставлять пациенту и такую информацию, которая может причинить ему чрезмерную душевную боль, в особенности если он не обладает на момент исследования очевидными ресурсами и психологическими резервами для преодоления каких-либо своих негативных черт. Учитывая то обстоятельство, что перед психологом в качестве испытуемого находится соматически больной, не следует создавать психологических предпосылок для утяжеления его соматического состояния.

Следующим после мотивированности испытуемого, вторым этапом экспериментально-психологического исследования является его планирование, которое включает в себя формулирование цели исследования, определение объекта и предмета исследования, выбор экспериментально-психологических методов исследования, концептуального и понятийного аппарата, адекватного при интерпретации полученных в ходе исследования результатов.

Цель исследования с теоретических позиций должна определяться лечащим врачом, поскольку психолог в клинике внутренних болезней не является самостоятельным независимым специалистом, он не несет юридической ответственности за больного, предоставляя лишь вспомогательную информацию, позволяющую врачу в связи с задачами диагностики и терапии более точно и глубоко квалифицировать психическое и психофизиологическое состояние его больного. Однако на практике, подобно тому, как психолог часто оказывается не информированным о тех или иных аспектах соматического состояния пациента, лечащий врач может не оказаться в полной мере информированным о глубинных

психологических процессах, оказывающих определенное влияние на возникновение и ход течения соматического заболевания. В этой связи врач часто не умеет адекватно формулировать цель экспериментально-психологического исследования, он не знает, чем конкретно это исследование может быть ему полезно, какие вопросы можно ставить перед психологом, каким образом ответы на эти вопросы «переводить» с «клинического» на «психологический» язык при интерпретации актуального состояния пациента. Поэтому практически врач и психолог совместно определяют цель исследования, часто вследствие длительного обсуждения содержания употребляемых терминов, в которые однако каждый из них может вкладывать свое собственное «клиническое» или «психологическое» содержание.

Этап формулирования цели экспериментально-психологического исследования в клинике внутренних болезней представляет собой большую сложность, чем в психиатрической клинике. В психиатрической клинике врач-психиатр, с одной стороны, и психолог, с другой, исследуют один и тот же объект — больного человека и один и тот же предмет — психическую деятельность больного, в то время как в соматической клинике предмет исследования врача и психолога разный: для врача-интерниста предметом исследования является соматическое состояние пациента, для клинического психолога — его психическое состояние. В психиатрической клинике, исследуя один и тот же феномен, врач-психиатр описывает его в терминах психопатологии с позиции нозоцентрического подхода, в то время как психолог интерпретирует этот феномен с позиции нормоцентрического подхода, используя понятийный и концептуальный аппарат психологической науки и формулируя свои интерпретации в терминах патопсихологии. Эти различия, создавая определенные трудности во взаимопонимании психиатра и психолога, тем не менее позволяют им понимать друг друга лучше, чем психологу и кардиологу, психологу и пульмонологу, психологу и гастроэнтерологу, которые часто переходят на бытовой язык, отказываясь от профессиональных «жаргонных» терминов. В самом общем виде целью экспериментально-психологического исследования в клинике внутренних болезней может быть патопсихологический диагноз. Однако более узкая, более специальная и конкретная цель исследования позволяет полу-

чить более конкретную информацию, которая может в действительности интересовать врача. Поэтому в определенной степени информация, предоставляемая психологом врачу, может быть понята адекватно лишь при условии специальной психологической подготовки врача, который назначает психологическое исследование.

Объектом экспериментально-психологического исследования в клинике внутренних болезней является больной с тем или иным соматическим заболеванием. В качестве предмета исследования могут выступать самые разные психические феномены: психологические процессы, состояния, свойства, описывающие когнитивную (познавательную), эмоционально-волевую, мотивационную сферу личности, свойства и подсистемы личностной структуры, а также предметом может быть отражение этих психологических феноменов в поведении больного. В зависимости от нозологической принадлежности больного, от тяжести его соматического и психического состояния, от его индивидуальных половозрастных характеристик, особенностей личности, социального и профессионального статуса предмет исследования может быть различным. Однако при этом одни феномены чаще становятся предметом исследования в соматической клинике, другие — реже.

Сравнительно редко предметом исследования являются когнитивные процессы в структуре интеллектуальной деятельности больного: восприятие, память, внимание, процессы мышления, структура интеллекта, воображение и продуктивность интеллектуально-мнестической деятельности в целом.

Если же для врача-интерниста по каким-либо причинам является важной профессиональная квалификация когнитивных феноменов в психической деятельности больного, то психолог учитывает при исследовании следующие основные факторы: тяжесть соматического состояния больного и наличие и выраженность у него психогенной или соматогенной астении, влияние которой проявляется прежде всего в оценке процессов памяти и внимания; особенности базовой терапии, которая может существенно влиять не только на соматические процессы, но и на исследуемые психические функции; степень аффективной загруженности, неизбежной в ситуации болезни — ситуации неопределенности и ожидания, когда страдающий человек неизбежным образом испытывает тревогу, страх перед будущим, перед социальными последст-

виями болезни, возможной утратой социального, профессионального, материального статуса. Аффект, который может оказывать дезорганизующее, разрушительное воздействие как на отдельные когнитивные функции, так и на продуктивность интеллектуальной деятельности в целом, должен учитываться при исследовании соматически больного.

Сравнительно редко исследуются и поведенческие проявления пациента, поскольку его поведенческая активность преимущественно детерминирована теми рамками, которые установлены соматической болезнью, условиями госпитализации и врачом-интернистом. Поведение при экспериментально-психологическом анализе соматически больного наиболее часто является предметом изучения при проведении катамнестических или ретроспективных исследований. Во всех других случаях оно, как правило, имеет вспомогательное либо сугубо специальное значение, как, например, при выявлении возможной симуляции, диссимуляции, рентных установок. Когда психолог говорит о том, что он изучает поведенческие проявления больного, то обычно имеется в виду, что изучаются поведенческие реакции в ситуации непосредственного экспериментально-психологического исследования.

Наиболее часто в клинике внутренних болезней психолог изучает особенности эмоциональной сферы, особенности личности, а также, в ряде случаев, — особенности мотивации больного. Теоретически представляется бесспорным представление о том, что характеристики эмоциональности человека, как и особенности его мотивационной сферы, непосредственно входят в личностную структуру, однако на практике бывает удобнее исследовать эмоциональную сферу и структуру личности испытуемого относительно независимо друг от друга, с использованием, в ряде случаев, разных экспериментально-психологических методик. Какие же методы исследования применяет психолог в клинике внутренних болезней наиболее часто?

К основным методам психологического исследования относятся: *наблюдение, клинико-психологический метод (сбор психологического анамнеза) и экспериментально-психологические методы,* которые условно можно разделить на две группы: *опросники и проективные методики.*

Метод наблюдения относится к наиболее ранним и фундаментальным методам психологического исследования, он за-

ключается в профессиональной регистрации всех выявляемых во внешнем поведении испытуемого проявлений внутренней психологической структуры, а также в психологической квалификации этих проявлений. Основой материала для наблюдения является все многообразие сенсорной информации различной модальности (зрительной, слуховой, тактильной и т.д.), получаемой от испытуемого.

Клинико-психологический метод исследования заключается в профессиональном психологическом опросе, беседе с больным, в ходе которых психолог может получить интересующую его информацию о психологических феноменах, имеющих значение для понимания соматической симптоматики пациента. Метод наблюдения и клинико-психологический метод исследования являются основными, базовыми методами при исследовании пациентов в тяжелом соматическом состоянии, когда проведение экспериментальных методик затруднено. Роль метода наблюдения возрастает при подозрении о симуляции и диссимуляции у пациента, при наличии языкового барьера между психологом и испытуемым, дефектах анализаторных систем испытуемого, в ситуациях экспресс-диагностики и в случаях мутизма (отсутствия речи) у больного.

Использование в ходе исследования *экспериментально-психологических методик* предполагает достаточную степень мотивированности больного, определенную степень соматической и психической сохранности пациента, в том числе интеллектуальной сохранности, а также соблюдение ряда, внешних ситуационных условий, таких как: относительная изолированность, конфиденциальность, неразглашение без необходимости результатов исследования посторонним лицам. Исследование эмоций и особенностей личности пациента в клинике внутренних болезней предполагает использование двух основных групп методик: опросников и проективных методов.

Опросник представляет собой перечень вопросов об определенных позициях, установках, мнениях больного, о его соматическом и психологическом самочувствии. Предполагается, что, отвечая на каждый вопрос, пациент абсолютно искренен, объективен, способен адекватно оценить свое собственное состояние. Однако на практике это не всегда так. Во-первых, испытуемый может быть неискренним, и в этом случае

мы констатируем либо сознательный обман, предполагая наличие каких-либо рентных установок, либо, что случается наиболее часто, квалифицируем поведение пациента как избыточно нормативное: больной предъявляет социально-одобряемую информацию, создавая социально-позитивный, желательный образ самого себя, который и представляет в качестве собственной личности. В этом последнем случае речь идет обычно о стремлении пациента заслужить одобрение, получить поддержку, снискать расположение окружающих; в основе подобной повышенной зависимости от мнений и оценок окружающих лежит, как правило, неуверенность в себе. Во-вторых, соматически больной может не быть в состоянии объективно и адекватно обстоятельствам оценивать собственное состояние вследствие избыточной аффективной загруженности, насыщенности актуального психического состояния эмоциями страха, отчаяния, гнева, какими-либо другими эмоционально-негативными переживаниями. Наконец, личностные особенности, такие как склонность к избыточному самоконтролю либо, напротив, тенденция к драматизации, преувеличению индивидуально-психологических черт, могут искажать результаты исследования, основанные на прямом расспросе пациента.

Для того чтобы минимизировать субъективные искажения подобного рода, в опросники вводятся контрольные шкалы, такие как шкалы лжи (неискренности), достоверности (аффективной загруженности), коррекции (уровня контроля). Вопросы повторяются в разнообразных формулировках; об одном и том же пациента спрашивают по-разному, с разных сторон и точек зрения. Опросники становятся объемными и громоздкими. Проводится длительная работа по их апробации; доказывается надежность, достоверность, валидность (существует пять самостоятельных видов валидности, из которых обычно используют лишь два: конструктивную валидность и валидность по содержанию).

Вторая группа методов экспериментального исследования личности и эмоциональной сферы больных с соматическими нарушениями в клинике внутренних болезней — это проективные методы, то есть методы, основанные на феномене атрибутивной проекции, т.е. склонности приписывать окружающим свои собственные черты, проецировать вовне собственные проблемы, интерпретировать любые внешние собы-

тия сквозь призму собственной индивидуально-психологической проблематики. Проективные методы исследования представляют собой неопределенный стимульный материал (цвета, неопределенные пятна и образы), который предоставляет полный простор для проективной деятельности больного. Интерпретируя подобный, неопределенный и неструктурированный стимульный материал, пациент интерпретирует его с позиций собственных ценностей и целей, трудностей и проблем, раскрывая в субъективных интерпретациях индивидуальную психологическую проблематику. Проективные методы являются скрытыми методами исследования в клинике, когда больной часто не знает, что именно, какое именно качество или свойство у него исследуется. Проективные методы являются глубинными методами изучения личности, позволяющими соприкоснуться с наиболее интимными переживаниями, комплексами, страхами и конфликтами испытуемого. Однако при интерпретациях результатов проективных методов исследования появляются неизбежные искажения, связанные с проективной деятельностью психолога-экспериментатора.

Отвечая на сформулированные в опросниках вопросы, пациент контролирует себя, опираясь на явное содержание предъявляемых психологом вопросов. При работе с проективными методами больной, который не может сохранять контроль над ситуацией, ориентируясь на неопределенное содержание стимульного материала, опирается на поведение экспериментатора, от которого стремится получить обратную связь. Предоставление обратной связи в этом случае может исказить результаты исследования. Поэтому при использовании проективных методов предполагается соответствующий «проективный» стиль исследования — безоценочное, максимально нейтральное поведение экспериментатора, на которое испытуемый может спроецировать любой психологический материал, «прочитав» в поведении психолога ту реакцию, которую он и надеется вызвать своими интерпретациями, то есть получая подкрепление от собственных ожиданий и установок, которое подкрепляет и усиливает проективную деятельность самого больного.

Учитывая как достоинства, так и недостатки обеих групп методов — опросников и проективных методик — представляется наиболее оптимальным использование в клинике внут-

ренних болезней одновременно и тех и других, что обеспечивает определенную степень надежности и объективности результатов, а также отражение в этих результатах не только случайных, ситуативных, поверхностных характеристик, но также и глубинных, фундаментальных личностных черт.

В основе экспериментально-психологического изучения личности больных в соматической клинике может лежать один из двух методологических подходов: один из них предполагает целостное описание всей констелляции личностных черт и опирается на личностную типологию акцентуаций А.Е.Личко, К.Леонгарда либо типологию психопатий П.Ганнушкина; второй подход основан на последовательном изучении отдельных черт, свойств, характеристик, для оценки наличия и выраженности которых используются разные экспериментально-психологические методы.

При экспериментальном изучении личности больного в соматической клинике, когда роль и значение психологических факторов в этиологии и патогенезе соматических болезней могут быть ведущими (в случае «психосоматической» патологии), применяется ряд психодиагностических методик, оценивающих свойства и черты, характерные для «психосоматической структуры личности». В «психосоматической личностной структуре» выделяются такие уровни описания, как психофизиологический, психологический, социально-психологический, с разным удельным весом биологических, психологических и социальных факторов.

На *психофизиологическом* уровне описания соматически больного психолога интересует отражение в ощущениях пациента эмоциональных феноменов, которые в случае психосоматической патологии обнаруживают себя в особенностях предъявляемой соматической симптоматики: болезненные симптомы описываются больным детально и подробно, с фиксацией на мельчайших нюансах изложения, с яркой эмоциональной окрашенностью, чувственной насыщенностью болезненных ощущений. При этом собственно эмоциональная жизнь, аффективная окрашенность значимых жизненных событий отличается крайней бедностью, монотонностью, сводится, как правило, к понятиям «скуки», «однообразия», «раздражения», «пустоты». Подобное эмоциональное изложение соматических симптомов при бедности собственно аффективной жизни наиболее характерно для пациентов с чер-

тами алекситимии, в структуре психосоматических расстройств. Оно выявляется в ходе направленного клинико-психологического интервью.

На *психологическом* уровне описания больного тем или иным соматическим заболеванием психолог оценивает наличие ряда специфических психологических феноменов, которые характеризуют «психосоматическую личность». К ним относятся: эгоцентризм, эмоциональная незрелость с чертами инфантилизма, повышенная зависимость от окружающих с неуверенностью в себе, сверхконтроль эмоциональных проявлений, затрудненная способность вербализовывать и реализовывать в текущих поведенческих реакциях самые разнообразные эмоции (алекситимия), амбивалентность эмоциональных переживаний, преобладание психических функций дефицитарного спектра (дефицитарной, т.е. неотреагированной агрессивности, сексуальности, страха и нарциссизма), а также феномен «выученной беспомощности», отказ от «поисковой активности». Эти психологические особенности оцениваются специальными опросниками, а также изучаются с применением клинико-психологического метода исследования.

На *социально-психологическом* уровне описания соматически больного психолог оценивает такие социально-психологические качества пациента, как обязательность, нормативность, ответственность, развитое чувство долга, приверженность морально-этическим нормам — социально-позитивные свойства, характеризующие «психосоматическую личность» в ситуации социального функционирования. Так, на языке социальной психологии инфаркт миокарда, который в ряде случаев относится к «психосоматической патологии», интерпретируется часто как «болезнь достижения» или «расплата за порядочность». На социально-психологическом уровне описания оценивается также роль семьи, специфических внутрисемейных взаимоотношений с соответствующими ценностями, запретами, предписаниями и ограничениями в формировании той или иной психосоматической патологии, тех или иных эмоциональных нарушений. Роль внутрисемейных взаимоотношений, в частности, с так называемой «ключевой фигурой» в связи с возможностью утраты этой наиболее значимой «ключевой фигуры», или «объектных взаимоотношений» признается бесспорной практически всеми исследователями.

При наличии соответствующих особенностей на всех уровнях функционирования личности позитивная психологическая диагностика позволяет сделать заключение о «психосоматической личностной структуре», которая является специфическим психологическим фактором, предрасполагающим к формированию психосоматического заболевания.

При этом различают собственно психосоматическое заболевание и психосоматический подход, который характеризует общую ориентировку здравоохранения в целом и заключается в наиболее полной оценке всей совокупности биологических, психологических и социальных факторов, определяющих этиологию и патогенез заболевания. Психосоматический подход развивается в рамках холистического направления в медицине в связи с биопсихосоциальной концепцией болезни. К собственно психосоматическим заболеваниям относятся такие соматические болезни, в этиопатогенезе которых центральная роль принадлежит психологическим факторам, в первую очередь, нереализованным эмоционально-негативным переживаниям, таким, в частности, как тревога, депрессия, враждебность, чувство вины. Классическими видами психосоматической патологии считаются, например, гипертоническая болезнь (эссенциальная гипертензия), бронхиальная астма, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, неспецифический язвенный колит, неспецифический полиартрит, тиреотоксикоз, нейродермит. Квалификация заболевания как психосоматического неизбежно влечет за собой повышение роли психотерапии в системе комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Последний вопрос, касающийся методологии проведения экспериментально-психологических исследований в клинике внутренних болезней — это вопрос о соотношении в рамках этих исследований психодиагностики и психотерапии.

Особенностью психологической диагностики является то, что ее результаты в более или менее искаженном виде могут становиться доступными самому испытуемому. Данные исследования, пристрастно интерпретируемые в пространстве субъективной реальности пациента, вызывают самые разнообразные психологические реакции, влияющие на дальнейший диагностический процесс. Изменения в состоянии обследуемого в течение проводимой психодиагностики образу-

ют индивидуальную психологическую динамику, которая может целенаправленно корректироваться психологом.

Специфика этой динамики во многом определяется конкретными целями психодиагностического исследования. Чем более значимы для испытуемого исследуемые психологические феномены, тем более выраженных эмоциональных реакций и субъективных искажений следует ожидать. Этот принцип используется психологами, например, в процедуре определения уровня притязаний.

Эмоциональные реакции пациентов, возникающие в ответ на субъективно оцениваемую успешность выполнения тестовых заданий, повышают или снижают самооценку, актуализируют или дезактуализируют индивидуальную психологическую проблематику. Подобные феномены могут служить поводом для включения в диагностический процесс элементов психокоррекционной работы психолога.

Начало психодиагностического исследования всегда связано с установлением психологического контакта, в основе которого лежит безусловное безоценочное принятие пациента со всеми его психологическими и психопатологическими чертами. В ответ на предъявляемую симптоматику психолог, как правило, избегает ярких проявлений собственных эмоций, поскольку в них содержится в большей или меньшей степени оценочный компонент, накладывающий неизбежные ограничения на процесс самопрезентации клиента. Оставаясь нейтральным, психолог выступает в качестве своеобразной проективной методики, предоставляющей максимально возможную свободу для ассоциаций и проекций клиента.

Таким образом, формируются условия для получения всей возможной в данных условиях информации, свободной от контрпроекций экспериментатора, который бывает склонен узнавать в психологических особенностях пациентов свои собственные черты. Нейтральная и принимающая позиция психолога в процессе диагностического взаимодействия обеспечивает пациенту возможность переживания коррективного эмоционального опыта, который является важной составной частью психотерапевтического процесса.

Психодиагностическое исследование предполагает также возможность использования элементов конфронтации и интерпретации. Используя интерпретации, психолог вносит коррективы в структуру внутренней болезни пациента, воз-

действуя не только на рациональный, но также и на эмоциональный, и на мотивационный компоненты этой структуры. Применение в ходе психодиагностики обучающего эксперимента может выступать в качестве своеобразного варианта поведенческой психотерапии, выявление зоны ближайшего развития помогает сконструировать для пациента адекватные цели в реализации жизненной перспективы. Практически всегда процесс психологической диагностики является раскрывающим феноменом, предполагающим последующее психокоррекционное воздействие.

Глава 9. ЧАСТНАЯ ПСИХОСОМАТИКА

Гипертоническая болезнь

По рекомендациям ВОЗ, артериальной гипертонией считается состояние, когда при многократном измерении артериального давления в течение длительного времени цифры его превышают 140 мм (систолическое) и 90 мм (диастолическое) ртутного столба. Повышение АД встречается у 25% населения, долго протекает бессимптомно и при отсутствии лечения приводит к сокращению продолжительности жизни из-за развития болезней сердца, мозга и почек.

Гипертензивные состояния, имеющие чрезвычайно широкую распространенность, составляют важнейшую главу психосоматики. Основной формой таких нарушений является гипертоническая болезнь, доля которой среди различных вариантов артериальной гипертензии составляет 80—85% (Губачев Ю.М., Дорничев В.М., Ковалев О.А., 1993).

Теснейшая взаимосвязь между сомой и психикой на всех этапах развития гипертонической болезни делает ее одним из наиболее ярких представителей психосоматических страданий, свидетельствующих не о какой-то психосоматической специфичности данного организма, а прежде всего об известной недостаточности его психофизиологической регуляции (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986). Не случайно в докладе Комитета экспертов ВОЗ (1962) эссенциальная гипертензия характеризуется как «заболевание, при котором повышение кровяного давления не связано с первичными органическими изменениями в организме».

Со времени классических работ Г.Ф.Ланга гипертоническую болезнь определяют как болезнь нейрогуморального, регулирующего артериальное давление аппарата. Многочисленными исследованиями было доказано, что частота гипертонических состояний увеличивается по мере приближения к урбанизированным центрам цивилизации, население которых вовлечено

в ритмику современной жизни с ее напряженностью и ускоренным темпом, а также имеет широкую зону межличностных контактов, создающих возможность конфликтов.

Показано, что в странах Запада заболевание определяется чаще в зависимых социальных группах, выявляя связь патологии с действием социального пресса угнетения и унижения.

Изучение роли профессионально-производственных факторов показало увеличение частоты артериальной гипертонии в группах лиц, характеризующихся интенсивным нервно-психическим напряжением. Инженеры-администраторы, счетно-финансовые работники, шоферы, телефонистки и телеграфистки имеют склонность к повышению артериального давления. Хорошо известные каждому практическому врачу случаи так называемой экзаменационной, военной, полетной или госпитальной гипертензии доказывают «обязательность» более или менее выраженного и продолжительного повышения артериального давления на фоне эмоционального стресса у человека.

Вести машину в сложных условиях современного города, выступать на собраниях, участвовать в конфликтах, решать сложные задачи в условиях дефицита времени, переживать неудачу — значит, отмечать каждый из этих эпизодов повышением артериального давления. Значимость переживаемого события, а также особенности переживающего субъекта определяют как степень, так и длительность сдвигов показателей гемодинамики.

Известны «острые эпидемии» артериальных гипертензии, возникшие после землетрясения в Ашхабаде и Ташкенте. Ленинградцам хорошо знакома «блокадная» гипертензия. В годы Великой Отечественной войны было показано, что средние значения артериального давления повышались в войсковых соединениях, приближавшихся к линии фронта. «Если выявление транзиторной гипертензии в связи с землятресением у ряда жителей Ашхабада особой тревоги еще не вызывает, — отмечают В.Д.Тополянский, М.В.Струковская, — то «блокадная» гипертензия в осажденном Ленинграде или почти поголовный подъем артериального давления у населения затопленного берега при разливе реки (Буль П.И., 1968) позволяют говорить о совершенно исключительной роли эмоций в клинике сосудистой патологии, тем более что артериальное давление, быстро нормализовавшееся по окончании бедствия у большинства пострадавших, у части из них осталось стойко повышенным».

Патогенетические (психологические) факторы гипертонической болезни

Гипертоническая болезнь — одно из самых распространенных заболеваний, с которым сталкиваются врачи многих специальностей. Гипертоническая болезнь, как отмечают О.В.Кербиков, М.В.Коркина, Р.А.Наджаров, А.В.Снежневский (1968), возникает в результате более или менее интенсивных и длительных состояний психического напряжения, вызываемых различными психогенными (психотравмирующими) моментами. Иными словами, изменения сосудистого тонуса, лежащие в основе гипертонической болезни, обусловлены (путем очень сложных нейро-гуморальных механизмов) психогенно возникающими нарушениями высшей нервной деятельности.

В соответствии с теорией психогенеза гипертонической болезни, выдвинутой Г.ФЛангом (1958), основными патогенетическими факторами гипертонической болезни являются психическая травматизация и психическое перенапряжение длительными заторможенными эмоциями отрицательного характера, вызывающими при посредстве сосудистой системы «не только нарушения функции, но и органические изменения органов и тканей». Практически такие больные непрестанно «грузятся аффективным топливом, которое им нужно для поддержания их рефлекторной машины в действии» (KretschmerE., 1928).

«Повышение кровяного давления, — отмечает Я.Рейковский, — вызывает эмоции, связанные с критическими и угрожающими ситуациями». По Ф.Александеру, причиной стойкого повышения артериального давления является длительное состояние эмоционального напряжения и потенциальной готовности действовать; однако сами действия невозможны потому, что их направленность противоречит моральным и этическим принципам человека.

Важнейшей причиной развития артериальной гипертензии оказывается при этом не столько наличие каких-либо экстраординарных, экстремальных ситуаций, сколько постоянная, повседневная аффективная напряженность, беспокойство и тревога. «Это может быть отсутствие «чувства безопасности» и растерянность перед лицом какой-то не зависящей от нас реальности; скрытый гнев и подавление агрессивных импульсов, направленных против определенных лиц, ставших невы-

носимыми для данного индивида; страх перед потерей чьего-то расположения и борьба за получение признания и продвижения по службе; повышенное чувство ответственности и боязнь не справиться с порученным делом; хроническая нехватка времени и необходимость непрерывного контроля над внешними проявлениями своих чувств», — считают В.Д.Тополянский и М.В.Струковская (1986).

По мнению Г. К.Ушакова (1978), к факторам патогенеза гипертонической болезни могут быть отнесены: «наследственная отягощенность гипертонической болезнью; конституциональные особенности индивидуальности (подчеркнутая сдержанность, прямолинейность, обязательность, принципиальность и ригидность личности) и, наконец, неблагоприятные внешние влияния в форме перенапряжений и психических потрясений». По мнению автора, психотравмирующие факторы играют существенную роль не только в происхождении, но и в декомпенсации гипертонической болезни.

Патогенное значение имеют «не столько острые психические потрясения, сколько длительно неразрешающееся аффективное напряжение, связанное с профессиональной, семейной или бытовой ситуацией». «Часто повторяющееся эмоциональное возбуждение с изменением сосудистого тонуса и состояния внутренних органов без адекватной им «разрешающей» двигательной реакции сопровождается уже переходом транзиторной артериальной гипертензии в стабильную» (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986). В исследовании Е.Р.Калитиевской (1986) показано, что сочетание эмоциональной лабильности с внешней сдержанностью, застенчивостью, замкнутостью и выраженной потребностью в самоутверждении порождает фиксированное эмоциональное напряжение, способное провоцировать гипертензивные реакции.

Стрессовые ситуации воспроизводились в лабораторных условиях. Так, в исследованиях Ю.М.Губачева, В.М.Дорничева, О.А.Ковалева проводилось изучение гемодинамической перестройки у больных гипертонической болезнью, которое выявило преобладание вазопрессорных сосудистых реакций с рассогласованным включением различных компонентов аппарата кровообращения в обеспечение эмоционально насыщенной умственной деятельности. Авторы приходят к выводам, что эмоциональный стресс реализуется комплексом гемодинамических сдвигов, важным компонентом которых яв-

ляется изменение распределения крови по отдельным сосудистым областям с нарушением мозгового кровообращения.

Интегративная значимость эмоционального состояния в формировании поведения человека известна давно, но конкретно представить себе все взаимосвязи между психологическими детерминантами и физиологическими коррелятами эмоций достаточно сложно. Тем не менее приводятся данные о том, что гипертоническая болезнь тесно связана с эмоциональными состояниями, возникающими в процессе взаимодействия человека с внешним миром (Соколов Е.И., Белова Е.В., 1983). В работах Т.А.Немчина (1983) показано достоверное увеличение систолического артериального давления при повышении нервно-психического напряжения. Под влиянием эмоционального напряжения происходит реорганизация системного механизма церебральной регуляции кровообращения, направленность и глубина которой зависят от конституционально-генетических факторов, психологического типа личности, подвижности вегетативной и симпатоадреналовой систем, гормонального обеспечения (Анохин П.К., 1974).

Принимая во внимание принципиальную возможность связи между повышением артериального давления и психоэмоциональным напряжением, значимость изучения личности больных гипертонической болезнью становится очевидной: именно личность определяет преимущественные формы эмоционального реагирования и, тем самым, повторяемость физиологических изменений в организме.

Особенности личности больных гипертонической болезнью

Вслед за работами F.Alexander (1951), который связал появление гипертонии с желанием открыто выразить враждебность при одновременной потребности в пассивном и адаптированном поведении, последовало большое число исследований, посвященных изучению структуры личности больных гипертонией. К настоящему времени особенности личности больных гипертонической болезнью уже достаточно хорошо изучены (Айвазян Т.А., 1981; 1988; 1990; Волков В.С., Цикулин А.Е., 1989; Собчик Л.Н., 1990). Особенно часто указывается на интерперсональное напряжение в структуре личности больных гипертонической болезнью, существующее между агрессивными импульсами, с одной стороны, и чувством зависимости — с другой.

Социальное поведение этих больных в целом описывается как чрезмерно адаптивное, уступчивое, ориентированное на социальный успех, пассивное и избегающее конфликтов и дополнительно характеризуется сдерживанием положительных и отрицательных аффектов. В соответствии с представлениями Г.И.Каплана и Б.Дж.Сэдока (1994), «лица с повышенным давлением внешне держатся очень благопристойно, высказывают много жалоб и бывают компульсивными и, хотя открыто гнева не выражают, у них может потенциально накапливаться ярость». По мнению Л.П.Урванцева (1998), больные гипертонической болезнью амбициозны, постоянно конфликтуют с начальством; для них характерны сформированные в детстве интрапсихические конфликты между агрессивностью и чувством вины, между независимостью и стремлением найти защиту».

Во многих работах «ранних» психосоматиков подчеркивалось, что основные личностные черты больных гипертонической болезнью (скрытость, упрямство, неудовлетворенность собой и окружением, враждебная настроенность, сочетающиеся с выраженным контролем и подавлением агрессивных тенденций поведения) приводили к постоянной внутренней напряженности и тревоге. Однако в дальнейших исследованиях отмечались и неуверенность, и личностная несостоятельность, и чувствительность к критике, и тенденция обнаруживать интенсивную реакцию в форме депрессии на психологический стрессор (Minsky P.I., 1978; Svensson J., Theorell T., 1983; Wennerholm M.A., Zarle T.M., 1976).

S.Manuck с соавт. (1986) в своей работе попытались объединить гиперстенические и астенические черты больных, считая, что только поверхностный анализ обнаруживает в них самообладание, честность, искренность, аккуратность, обаяние, дружелюбие, тогда как за этим нормальным и положительным фасадом скрывается нерешительность, чувствительность, ранимость, недостаток уверенности в себе и нарушение внутреннего равновесия, свидетельствующие о дисгармоничности в структуре личности.

По наблюдениям Я.Рейковского (1979), больные гипертонической болезнью «производят впечатление вежливых, уравновешенных, уживчивых, но вместе с тем у них проявляются очень сильные, правда, глубоко подавленные, агрессивные тенденции». Другими словами, эти люди очень часто ис-

пытывают сильные эмоции злобы, гнева, претензии, обиды и даже неприязни и ненависти. Однако они страшатся этих чувств и старательно их сдерживают, благодаря чему и производят впечатление милых и дружелюбных.

Отечественными исследователями (Левин Г.З., 1976; Цейтина Г.П., 1980; Калитиевская Е.Р., 1986) у больных гипертонической болезнью выявлены черты интровертированности, эмоциональной лабильности и истероидности; считается, что эти больные менее адаптированы к стрессовым ситуациям, возникающим при смене жизненных стереотипов. По мнению Э.Г.Эйдемиллера и В.В.Юстицкого, «указанные психологические проблемы могут быть усилены семейным окружением больных».

Задачей семейной психотерапии в этой связи, отмечают авторы, «является достижение осознания пациентом собственных эмоциональных проблем, ситуаций, поддерживающих неконструктивное их разрешение в семье, и стереотипов своего поведения, уводящих пациента от собственных эмоциональных проблем. В качестве одной из психотерапевтических техник, наиболее полно отвечающих поставленной задаче, может быть рекомендована методика «конструктивного спора» G.Bach-S.Kratochvil, способствующая разрешению супружеских конфликтов.

А.Д.Кутепова (1946) описывает страдающих гипертонической болезнью как людей «с чрезвычайно лабильной реакцией вазомоторов, эмоционально насыщенных, живо реагирующих, остро чувствующих». «Частым признаком этой группы лиц, — отмечает автор, — являются тревожно-мнительные черты характера, делающие их необычайно ранимыми». Особенности личности выступают, по мнению А. М. Вейна, как фактор, обусловливающий неадаптивное поведение вегетативных реакций, сопровождающийся избыточным увеличением тонуса сосудов сопротивления при физической нагрузке и недостаточным приростом сердечного выброса при психологическом напряжении.

Дисгармоничность, акцентуированность личностных характеристик больных гипертонической болезнью отмечают Г.П.Цейтина и соавт. (1977), А.М.Вейн и А.Д.Соловьева (1973), Ф.И.Комаров, А.М.Вейн, С.Н.Коцюк (1977). Исследуя черты личности больных гипертонической болезнью, Е.И.Соколов и Е.В.Белова отмечают, «что у них выражено упрямство, скрытность, неудовлетворенность собой и окружающими, враждеб-

ная настроенность к окружающим с одновременным проявлением агрессивных тенденций поведения». Одновременно с этими чертами авторы находят также «повышенную чувствительность к критике, нарушение внутреннего равновесия, внутреннее напряжение и тревогу, неуверенность в себе».

Г.В.Кавтарадзе (1985), В.Г.Норакидзе (1975) отмечают у больных гипертонической болезнью интравертированность и амбивертированность. По мнению В.Г.Норакидзе, эти больные характеризуются в первую очередь сдержанностью, расчетливостью, склонностью к самоанализу, а также строгим контролем эмоций и чувств, пессимистичностью и «репрессированной агрессивностью».

Выделяя чрезмерную стеничность эмоций больных гипертонической болезнью, ряд авторов высказывает мнение, что биологически целесообразный аппарат эмоций начинает выполнять деструктивную, разрушительную функцию в случаях чрезмерной интенсивности или длительности эмоционально-негативных состояний (Губачев Ю.М., Либих С.С, 1977; Губачев Ю.М., Иовлев Б.В., Карвасарский Б.Д., 1976). Разрушительное воздействие эмоций на организм человека связано не только с их избыточной силой, но и со стремлением ограничивать и подавлять их проявления: сочетание силы и глубины переживаний с чрезмерным эмоциональным самоконтролем создает источник психологической напряженности, которая может служить одним из факторов этиопатогенеза психосоматических заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Агрессивность в структуре личности больных гипертонической болезнью

Оценивая поведенческие характеристики этих больных, многие авторы выделяют агрессивность, являющуюся одним из ведущих компонентов *поведенческого «типа А»*. Известно, что к «типу А» относят лиц с определенным стилем поведения и соответствующими эмоциональными характеристиками: чрезмерной вовлеченностью в многочисленные виды деятельности, торопливостью, тенденцией ускорять темп жизни, соперничеством, соревновательностью, конкурентностью, стремлением к достижению успеха, признанию и руководству.

Этот тип людей характеризуется высоким уровнем притязаний, выраженной мотивацией достижения, стремлением к конкурентной борьбе. Он постоянно ощущает дефицит вре-

мени для выполнения всех своих планов и одержим стремлением сделать все лучше и быстрее других. Столкновение с препятствиями вызывает у него чувство враждебности и ярости. Он очень активен в работе и систематически преодолевает чувство усталости. Практически он никогда не позволяет себе расслабиться, он постоянно напряжен, чтобы справиться с задачами, которые он сам безостановочно громоздит друг на друга. Ему хронически не хватает времени, и он систематически берет работу на дом.

В отличие от типа «А» личностный тип «В» является его полной противоположностью. Такой человек легко расслабляется, не склонен к конкуренции, не испытывает дефицита времени, его мотивация к достижению умеренная. Наблюдения длительностью 8,5 лет показали, что у представителей типа «А» заболевания сердечно-сосудистой системы, прежде всего стенокардия и инфаркт миокарда, встречаются вдвое чаще.

Люди, принадлежащие к типу «А», отличаются в социальном поведении прежде всего агрессивностью, эмоциональной напряженностью и нетерпеливостью. При этом агрессивность занимает важное место в структуре поведения лиц этого типа, придавая ему необходимую динамичность, активность и целеустремленность, обеспечивая решение личных задач за счет нанесения в той или иной форме ущерба окружающим людям. Агрессивные тенденции лиц «типа А» могут проявляться как в явной, так и в скрытой, подавленной, заблокированной форме. Подавленная агрессия может сопровождаться более выраженной эмоциональной напряженностью, оказывая более разрушительное воздействие на психофизиологические функции организма (Незнанов Н.Г., Соловьева С.Л., 1994)

Рассматривая вслед за Ф.Александером больных гипертонической болезнью как лиц, характеризующихся заблокированной агрессивностью, авторы обращают внимание на фактор снижения эмоциональной напряженности как на условие оптимизации психического и соматического состояния больного.

Важные дополнительные данные, характеризующие лиц типа «А», были получены в исследовании Гласе и Карвер (1980). Эти авторы проверяли устойчивость к стрессу и формированию обученной беспомощности у лиц типа «А» и «В». Оказалось, что для типа «А» чрезвычайную личностную зна-

чимость имеет *чувство контроля над ситуацией* в каждый момент времени. Лучший способ вызвать у них фрустрацию — это поставить их в условия, когда они не в силах контролировать события. В исследовании было получено убедительное доказательство того, что у лиц типа «А» вырабатывается более стойкая и глубокая *выученная беспомощность,* и происходит это, по мнению авторов, потому, что утрата контроля над собственной судьбой и ситуацией в целом для них более болезненна.

Следовательно, в соответствии с представлениями В.С.Ротенберга и В.В.Аршавского (1984) о поисковой активности как о творческом личностном потенциале, оказывающем на организм протективное воздействие в плане формирования психосоматической патологии, в особенности так называемых болезней достижения, при определенных стрессирующих обстоятельствах тип «А» дает более выраженный отказ от поиска. При этом авторы предполагают, что, чем выше до этого момента была поисковая активность, тем тяжелее такой отказ сказывается на состоянии здоровья.

В.С.Волков и А.Е.Цикулин (1985) отмечают наличие в психическом статусе больных гипертонической болезнью внутренней тревоги за состояние здоровья, напряженности, раздражительности, склонности к уходу в болезнь, неуверенности в своих силах, а также обилие соматических жалоб. В условиях психосоматического заболевания с длительным хроническим течением достаточно устойчивой чертой личности является тревога (Соколов Е.И., Белова Е.В., 1983), которая характеризуется ощущением беспокойства, напряжения, нервозности, чувством опасности, неясной угрозы, которое сопровождается активацией вегетативной нервной системы.

По мнению авторов, «гипертоническая болезнь является социально-обусловленным заболеванием, и ограничение социальных взаимосвязей человека или снижение их эффективности создает предпосылки для развития заболевания». При этом отмечается, что «в патогенезе гипертонической болезни застойные очаги возбуждения являются основным патогенетическим фактором». Поданным М.С.Еремеева(1974), в происхождении и декомпенсации гипертонической болезни патогенной является не острая психическая травма, а длительно не разрешающееся эмоциональное напряжение, связанное со сложностью профессиональных или бытовых трав-

мирующих ситуаций, а также внутренними конфликтами личности, в происхождении которых существенная роль принадлежит преморбидным характерологическим особенностям и установкам личности.

Президент Голландского общества психосоматических исследований K.Musaph использовал сюрреалистическую символику для изображения на обложке издания трудов «Психосоматика при эссенциальной гипертензии» собирательного портрета больного. «Его грудь служит основанием вулкана; зияющая пасть кратера извергает глыбы камней, бомбардирующие мозг; один глаз представлен циферблатом часов, другой — листком календаря; силуэты самолетов, кораблей, поездов формируют черты лица... Образ впечатляет концентрированным выражением зависимости патологии и от вулкана страстей, и от потока времени, и от вереницы событий» (цит. по: Губачев Ю.М., Дорничев В.М., Ковалев О.А., 1993).

Опыт изучения личности больных соматическими заболеваниями, накопленный кафедрой 2-й терапии МАПО Санкт-Петербурга, показывает, что патогенное значение имеют различные по характеру особенности структуры личности, способствующие нарушению возможностей психологической защиты, пролонгированию эмоциональных реакций и нарушению адаптации. Сочетание этого неспецифического личностного синдрома с длительно действующими факторами профессионального, бытового, социального планов создает состояние застойного эмоционального напряжения, реализующееся при наличии биологического предрасположения повышением артериального давления.

При попытке разграничения преморбидных особенностей личности и психологических, в том числе патопсихологических (психопатологических) реакций на заболевание, в качестве преморбидных особенностей личности, предрасполагающих к развитию лабильной артериальной гипертензии, фигурируют обычно выраженная аффективная неустойчивость (нередко на фоне длительной психотравмирующей ситуации), тревожность, мнительность, повышенная впечатлительность и возбудимость, ригидность в изживании неприятных впечатлений и ограниченная способность к переживанию положительных эмоций (склонность к пессимизму, фобиям и спастическим явлениям, замкнутость, настороженность и подозрительность по отношению к окружающим).

В то же время следует отметить, что такие качества, как эмоциональная неустойчивость и постоянная аффективная напряженность, характеризующие, по мнению большинства авторов, больных гипертонической болезнью, должны расцениваться «не столько в плане тех или иных особенностей преморбидной личности (тем более что рубеж, отделяющий «преморбид» от клинически очевидного заболевания, здесь крайне гипотетичен), сколько в аспекте нарушений психофизиологической регуляции на фоне вначале преимущественно психогенной, а в дальнейшем, по мере нарастания структурных изменений, все более соматогенной астении» (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986).

Ипохондрическая настроенность в клинике сосудистой дистонии формируется, как правило, у эмоционально нестабильных людей с тенденцией к чрезмерной фиксации на вопросах своего здоровья. Нарушения психической сферы с повышенной раздражительностью и особой чувствительностью к определенным внешним впечатлениям, аффективно значимым для больного, быстрая утомляемость и снижение работоспособности, расстройства сна и склонность к вазоконстрикторным реакциям на самые различные раздражители четко вывляются при этом еще в инициальной стадии заболевания.

Вместе с тем у этих больных отмечается (и нередко еще в преморбидном периоде) эгоцентрическая регуляция эмоциональной деятельности и поведения. Многим больным с артериальной гипертензией свойственно преимущественно «потребительское» поведение, направленное на удовлетворение лишь собственных интересов, в отличие от здоровых людей, в равной степени способных и к «продуктивному» поведению, не преследующему никаких сугубо личных задач.

В то же время эти больные отличаются значительно большей пассивностью в достижении своих целей и достоверно (сравнительно со здоровыми) более низкой степенью «самоодобрения» (Рейковский *Я,,* 1979). Невозможность активно реализовать целый ряд своих претензий и необходимость непрестанно контролировать свое поведение в соответствии с требованиями общества становятся постоянным источником эмоциональной напряженности больного. Таким образом, определенный дефект в социальном воспитании, обусловливающий одностороннюю, эгоцентрическую ориентацию личности, представляет собой по существу один из очень важных

факторов риска артериальной гипертензии (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986).

Важным при исследовании психологических особенностей больных гипертонической болезнью является анализ внутрисемейных отношений, формирующих основные модели межличностного взаимодействия, базовые установки и мотивации личности. Интерес психологов и клиницистов к проблеме внутрисемейных взаимоотношений при различных соматических заболеваниях, значительно возросший в последнее время, связан в первую очередь с реформированием первичного здравоохранения по типу общей врачебной практики и семейной медицины. При изучении болезней системы кровообращения в семье пациентов преимущественное внимание уделяется факторам риска, связанным со стилем жизни семьи.

В последнее время значительно возрос интерес психологов и клиницистов к проблеме внутрисемейных взаимоотношений при различных соматических заболеваниях, что связано в первую очередь с реформированием первичного здравоохранения по типу общей врачебной практики и семейной медицины. При изучении болезней системы кровообращения в семье преимущественное внимание уделяется факторам риска, связанным со стилем жизни семьи.

Гипертоническая болезнь возникает как результат взаимодействия генетических факторов со средовыми, которые в свою очередь определяются стилем жизни семьи, привычками в еде, отношением к физической нагрузке, преимущественными способами выражения эмоций. Выявляются психологические особенности внутрисемейных отношений больных, отличающиеся нервно-психическим напряжением и внутрисемейной тревожностью (Иванова Г.В., 2000).

Помимо психологических и патопсихологических при диагностике и терапии пациентов, страдающих гипертонической болезнью, важен также учет и психопатологических факторов, наслаивающихся на основное заболевание по мере его развития. Психические нарушения при гипертонической болезни в значительной части случаев ограничивают возможности применения психотерапевтических методик, требуя участия в терапевтическом процессе не столько психолога, сколько психиатра.

Психические нарушения у больных гипертонической болезнью

Выделяются непсихотические и психотические формы психических расстройств и состояния деменции при гипертонической болезни. На каждом из этих уровней рассматриваются отдельные синдромальные структуры, число и наименования которых варьируют у разных авторов. К непсихотическим формам относятся невротические и неврозоподобные, астенические и психопатоподобные расстройства. Психотические формы включают психозы, протекающие с аффективными, параноидными и галлюцинаторно-параноидными и паранойяльными синдромами или с расстройствами сознания (Лебедев Б.А., 1988).

Изучались психические изменения, наблюдающиеся при формировании и развитии гипертонической болезни на различных ее этапах (Еремеев М.С., 1974; Ушаков Г.К., 1978; Соколов Е.И., Белова Е.В., 1983). Среди начальных проявлений церебрального атеросклероза наиболее часто отмечаются неврастенический, астенодепрессивный и астеноипохондрический синдромы (Банщиков В.М., 1967).

Ипохондрический синдром при лабильной артериальной гипертензии формируется, как правило, на фоне тревожно-тоскливого настроения. Наиболее частым и клинически очевидным психопатологическим проявлением артериальной гипертензии считается при этом стойкий страх смерти от болезни и глубокий, неодолимый страх перед возможными ее последствиями (инфарктом миокарда, кровоизлиянием в мозг, параличом и формированием психических расстройств).

Фобический синдром, возникающий в структуре астенического или астенодепрессивного состояния, поддерживается в дальнейшем физиологически обусловленными неприятными ощущениями в различных частях тела и ложатся в основу патологического развития личности.

Большое значение в формировании ипохондрических расстройств имеют возникающие на фоне тревожно-тоскливого настроения неприятные и мучительные ощущения в голове (давление, тяжесть, ломящая боль, сверление, распирание и т.д.) и в самых различных частях тела (сжимание, жжение, онемение, покалывание и т.д.). Чрезвычайная стойкость, рас-

пространенность и разнообразие этих алгий, сохраняющихся у некоторых больных и при нормализации артериального давления, позволяют порой говорить о наличии у них сенестопатически-ипохондрического синдрома (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986).

У больных в 1 и 2 стадии гипертонической болезни, особенно у женщин, могут преобладать явления повышенной раздражительности, плаксивости, быстрого утомления, вспыльчивости, пониженного настроения, снижение работоспособности, головная боль, нарушение сна. Сон часто становится поверхностным, с тревожными сновидениями, с ощущением разбитости по утрам, без чувства бодрости и отдыха. Для 1 Б стадии типичной является психическая астения, которая усложняется за счет ситуационно-реактивных расстройств.

Соматогенная астения проявляется гиперстеническим синдромом или синдромом раздражительной слабости. Соматогенная астения, как правило, сопровождается повышенной утомляемостью, апатией, вялостью, а раздражительность проявляется в виде непереносимости резких звуков и шумов.

По мере развития 1 Б стадии гипертонической болезни аффективные расстройства при повторных обострениях приобретают характер, свойственный органическому заболеванию: усиливается неустойчивость настроения, повышенная реактивность, возникает либо усиливается слезливость. Раздражительность приобретает насильственный, приступообразный характер. По мере усложнения астении появляется подавленное настроение, особенно в периоды ухудшения самочувствия в связи со сменой метеорологических условий. «Закономерная связь настроения больных с конкретной ситуацией и соматическим их состоянием с годами нередко исчезает. Печальное, подавленное, мрачное, угрюмое или тоскливое настроение, постоянное ожидание какого-то несчастья, беспричинная тревожность с немотивированными или недостаточно обоснованными опасениями и страхами за себя и своих близких, самые мрачные прогнозы в отношении своего будущего и своего здоровья обусловливают чрезвычайную эмоциональную насыщенность ипохондрических представлений этих больных и становятся обыденными психопатологическими расстройствами при артериальной гипертензии» (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986).

При переходе во 2 стадию (фаза А) происходит дальнейшее усложнение астенических расстройств, которые включают все больше симптомов «органической» астении. Наблюдается дальнейшее укорочение и усиление аффективных реакций, увеличение их лабильности и спонтанности, неожиданности возникновения, появление не свойственной ранее сентиментальности, беспричинных колебаний настроения. «Особенностью депрессивных состояний является при этом обычно несколько ажитированный, тревожно-суетливый их характер. Легкая раздражительность и постоянное недовольство, гипертрофированное и несколько тенденциозное восприятие высказываний окружающих, болезненная реакция на любые мелочи, касающиеся их здоровья, выраженный эгоцентризм и часто неправильное конфликтное поведение делают этих больных трудными в быту и на производстве и способствуют чрезвычайной восприимчивости их к ятрогенным влияниям» (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986). В состоянии эмоционального напряжения могут возникать психовегетативные реакции по типу истеровегетативных пароксизмов.

С развитием психоорганических расстройств на этой стадии обнаруживаются нарушения памяти, усиливающиеся в период декомпенсации. Наряду с плохим запоминанием нового имеют место явления дезавтоматизации привычных актов и затруднения в воспроизведении ранее пережитых событий, в первую очередь их временной последовательности. Во 2 и 3 стадиях гипертонической болезни к этим явлениям присоединяется изменение личности, некоторых черт характера. Стойкие характерологические нарушения развиваются одновременно с формированием психоорганического синдрома, который облегчает закрепление патологических качеств характера.

Возникающие на первых этапах гипертонической болезни астенические реакции со временем фиксируются, а позднее становятся основой для формирования новых черт характера больных: робости, ранимости,, стеснительности, пассивности. В ряде случаев в клинической картине выступают вялость и апатия: пациенты становятся равнодушными, безынициативными. При астено-обсессивном варианте развития астенические симптомы сменяются обсессивными, которые со временем приобретают ведущее положение в клинической картине. Фобические переживания сочетаются с мнительностью и тревожностью.

Формирование эксплозивных свойств обнаруживает ряд особенностей. Больные становятся повышенно раздражительными, ревнивыми, у них появляется не свойственная ранее скупость, бережливость. Взрывчатость и раздражительность сопровождаются резкими беспричинными колебаниями настроения с тоскливо-злобной окрашенностью, напоминающей дисфории у больных эпилепсией.

С переходом во 2 Б стадию гипертонической болезни вспышки болезненной раздражительности и гнева оказываются все более и более острыми и приступообразными. На первый план выступают колебания настроения, которые со временем все чаще возникают вне связи с внешними обстоятельствами. Снижение умственной и физической работоспособности, высокая истощаемость, нарушение адаптации нередко порождают у пациентов подозрительность. Они предвзято относятся к сотрудникам по работе, в поступках окружающих склонны видеть «скрытый смысл» и «недоброжелательное» к себе отношение. Наряду с эксплозивными чертами характера они обнаруживают на этой стадии гипертонической болезни паранойяльные тенденции.

В клинической картине на 2 Б стадии гипертонической болезни преобладают явления психоорганического синдрома. При этом, как правило, отмечаются элементы слабодушия, расстройства памяти, обеднение мышления с ограничением его обыденными представлениями, значительное сужение круга интересов. Больные обнаруживают трудность переключения с одного вида деятельности на другой, трудности в ориентировке в повседневной деятельности.

В целом декомпенсация психики проделывает закономерную динамику. Обратимые астенические расстройства в 1 стадии гипертонической болезни сменяются выраженной «органической» эксплозивной астенией с нарастающими расстройствами памяти во 2 А стадии и интеллектуальным снижением во 2 Б стадии. На этом последнем этапе говорят о сформировавшемся психоорганическом синдроме. Основными признаками психоорганического синдрома являются: эмоциональная лабильность, неустойчивость аффектов, слабодушие, расстройства внимания, нарушение запоминания, ослабление фиксационного компонента памяти, снижение интеллектуальной активности, сужение круга интересов, ослабление способности умственного напряжения (Ушаков Г.К.,

1978). В межличностных взаимоотношениях появляется бестактность, бесцеремонность.

У пациентов может появляться симптом страха в сочетании с повышенной тревогой. Страх, по мнению Е.И.Соколова и Е.В.Беловой, имеет соматогенно-обусловленную природу и вначале для пациента не имеет четкой фабулы. Затем больные конкретизируют его как страх смерти, страх инвалидности, нарушения семейных взаимосвязей. Выработанные в производственной и семейно-личностной сфере динамические стереотипы теряют свою пластичность, становятся инертными, ригидными.

Во 2 и 3 стадиях гипертонической болезни появляется повышенная метеозависимость, с повышенной сенситивностью к колебаниям температуры, влажности, барометрического давления. Может наблюдаться снижение интеллектуального потенциала с нарушениями концентрации внимания, памяти, со снижением уровня аналитико-синтетической деятельности мышления, конкретность и ситуативность мыслительных процессов.

Методы психодиагностики агрессивных тенденций как психологических факторов риска гипертонической болезни

Одной из наиболее значимых психодиагностических методик в плане выявления различий между людьми по степени их агрессивности является Миннесотский многофакторный личностный опросник (MMPI), а именно четвертая шкала опросника — шкала психопатии (Wilkins J.L., Sharff W.H., Shlottmann R.S., 1974). Однако эта шкала, как показывают многочисленные исследования, измеряет преимущественно деструктивную тенденцию реализации агрессивности.

Повышение показателей по 4 (психопатии, или импульсивности поведения), 6 (паранойи, или ригидности психологических установок) и 9 (мании, или повышенной психической активности) шкалам свидетельствует о доминировании гиперстенического варианта реагирования, между тем как увеличение показателей 2 (депрессии, или пониженного настроения), 7 (психастении, или повышенного уровня личностной тревожности) и 0 (социальной интраверсии, или трудностей межличностного взаимодействия) шкал MMPI имеет место при гипостеническом типе реагирования. Одновремен-

ное выявление значимых признаков противоположных тенденций соответствует ситуации психологического конфликта, провоцирующего реализацию агрессивных тенденций (СобчикЛ.Н., 1990).

К непосредственным, прямым способам измерения агрессивности относятся специально разработанные опросники, представляющие собой перечень стандарных вопросов о различных формах поведения и установках: шкала Закса и Уолтерса (Zaks M., Walters P.H., 1959), опросник Басса—Дарки (Bass A.H., Darkee A., 1957). Однако полученные с помощью таких опросников данные носят преимущественно эмпирически-описательный, а не концептуальный характер. Среди подобных методик наиболее репрезентативные результаты дает опросник Дженкинса (Jenkins CD., 1979), позволяющий измерять характерные для личностного типа А паттерны поведения и эмоционального реагирования.

Распространено исследование агрессивности с помощью проективных методик: Тематического Апперцептивного теста (ТАТ) Г.Мюррея, теста чернильных пятен Г.Роршаха, «теста руки» Э.Вагнера, теста фрустрационной толерантности Розенцвейга. При использовании проективных методик следует учитывать, что данные, полученные с их помощью, измеряют не столько реальные тенденции поведения, сколько демонстрируемые испытуемыми социально одобряемые нормативы и желательные установки. Прогнозирование реального поведения с помощью проективных тестов оказывается малоэффективным. Кроме того, интерпретация большинства из них основана на одностороннем понимании агрессивности как феномена исключительно деструктивного, разрушительного, социально-негативного по характеру связанных с ним последствий.

С целью комплексного изучения различных по модальности (качеству) форм агрессивности, рекомендуется применение «Я-структурного теста» Г.Аммона (ISTA), который основан на динамической теории личности, носит концептуальный характер и является эффективным инструментом и в зарубежных, и в отечественных исследованиях (Burbiel et al., 1989; Алхазова Т.В., Бочаров В.В., Каморина Т.В., Тупицын Ю.Я., Цветкова М.В., 1992; Незнанов Н.Г., Соловьева С.Л., 1994; Елисеева М.В., 2000). Тест исследует конструктивный, деструктивный и дефицитарный спектры проявления агрессивности обследуемых, давая не только количест-

венную оценку их агрессии, но и ее качественное своеобразие (модальность).

Под конструктивной агрессией понимается открытое прямое проявление агрессивных побуждений, реализуемое в социально приемлемой (социализированной) форме при наличии соответствующих поведенческих навыков и стереотипов эмоционального реагирования, открытости социальному опыту и возможности саморегуляции и коррекции поведения. Примерами конструктивной агрессивности являются, в частности, такие феномены, как «спортивная злость», применение элементов насилия при воспитании детей или при руководстве социальной группой (ущемление интересов одной личности ради интересов группы в целом).

К деструктивной агрессии относится открытое прямое проявление агрессивности, связанное с нарушением морально-этических или правовых норм, квалифицируемое как делинквентное или криминальное поведение, с недоучетом требований реальности и недостаточностью эмоционального самоконтроля.

Дефицитарная форма агрессии связана с отсутствием достаточной степени реализации агрессивных побуждений при дефиците соответствующих поведенческих навыков и тенденции к чрезмерному подавлению (контролю) эмоциональных реакций и поведения в целом. Избыточный контроль с чрезмерной регламентацией эмоциональных проявлений при дефицитарной форме агрессии приводит к накоплению неотреагированных, нереализованных агрессивных тенденций, которые формируют хронический очаг эмоционального напряжения, сопровождаемого повышением мышечного и сосудистого тонуса, при котором создаются условия для возникновения гипертензивных реакций. Дефицитарная форма реагирования является преобладающей у пациентов с психосоматическими заболеваниями сердечно-сосудистой системы и, в первую очередь, у больных гипертонической болезнью. Сдерживаемые эмоции гнева, мотивирующие агрессивное поведение, периодически «разряжаются» в бурных эмоциональных реакциях, которые могут быть спровоцированы самыми незначительными, незаметными для посторонних людей событиями. Именно поэтому поведение пациентов часто представляется непредсказуемым, а эмоциональное состояние — неустойчивым.

Коррекция агрессивных проявлений у пациентов с гипертонической болезнью

Большинство больных гипертонической болезнью не осознают, как правило, в полной мере всех психологических аспектов своего заболевания, часто не видят связи между доминирующими эмоциональными реакциями, повышенной чувствительностью, тенденцией к накоплению эмоционально-негативных переживаний с формированием длительных застойных очагов аффективной напряженности, с одной стороны, и особенностями течения болезни — с другой. Внешне неправильное, чрезмерно стеничное, часто неадекватное складывающимся обстоятельствам и собственным психологическим ресурсам невротическое поведение оправдывается стремлением к социальной активности, помощи людям.

Однако и при наличии подобных «просоциальных» установок можно добиться изменений в эмоциональных реакциях и поведении больных, если, благодаря созреванию личности в процессе психотерапии, ее дальнейшему развитию и росту, устраняется односторонняя направленность мотивации и человек в целом начинает ориентироваться в жизни по-новому. Психотерапевтические воздействия выступают как необходимый элемент лечебно-реабилитационных мероприятий при гипертонической болезни.

В то же время, учитывая частые невротические наслоения, присоединяющиеся к основному заболеванию по мере его развития, разнообразные психопатологические образования, возникающие на разных этапах течения гипертонической болезни, комплексная терапия агрессивного поведения включает в себя и фармакотерапию, проведение которой основывается на принципе дифференцированного подхода к больному.

Излагая конкретные данные о коррекции агрессивных форм поведения у пациентов с эссенциальной гипертензией, следует определить общие подходы к решению актуальных в рамках данного направления вопросов.

Психотерапия при гипертонической болезни

С увеличением нервно-психических перенапряжений, с постоянной тенденцией к сдерживанию эмоциональной разрядки вовне через аффективно-волевую сферу, с перегрузками и разрядами в области автономных вегетативно-сосудис-

тых проявлений связывается неуклонное увеличение психосоматических заболеваний сердечно-сосудистой системы. В системе комплексной терапии и реабилитации больных гипертонической болезнью применяются разнообразные симптоматические методы психотерапии. Использование методов психологической коррекции при гипертонической болезни, особенно на начальных ее стадиях, позволяет улучшить самочувствие больных, показатели качества их жизни, нормализовать уровень артериального давления.

Психотерапии при гипертонической болезни посвящена обширная литература, широко освещающая возможности преимущественно симптоматических методов (Варшавский К.И., 1973; Буль П.И., 1974; Куликов П.Г., 1992). Аутогенная тренировка позволяет снимать психическое и нервно-мышечное перенапряжение, создавать состояния активного лечебного покоя и отдыха, предупреждать вегетативно-сосудистые и гипертонические кризы (Куликов П.Г., 1992). В процессе овладения методом аутогенной тренировки задача врача сводится не просто к обучению больных снимать нервно-мышечное напряжение.

Более важно научить больного применять аутотренинг как защиту и профилактику от нервно-психических перегрузок, как метод психической и сердечно-сосудистой саморегуляции. Не менее важное значение метод аутогенной тренировки имеет в лечебно-восстановительном комплексе больных, перенесших инсульт. Включение в активизирующую терапию двигательных нарушений идеомоторного акта — вызывание с помощью самовнушения представлений движения, а также сосредоточение активного внимания на выполняемых пассивных или содружественных со здоровыми конечностями движениях — ускоряет процесс восстановления двигательных функций.

Гипнотическое внушение, являясь составной частью внушения убеждением, аутогенной тренировки, используется в комплексе с другими методами психотерапии. При лечении больных гипертонической болезнью методами релаксации, гипнотерапии наряду с уменьшением невротических нарушений отмечается снижение артериального давления. Однако, как отмечает A.Katzenstein (1979), психотерапия при этом не Должна ограничиваться освоением лишь методов релаксации, ее следует направлять на изменение неправильных позиций в отношениях больного к разным сферам жизни; содержанием

психотерапевтической работы с больными должны быть психотерапевтические воздействия, имеющие симптомо-, личностно- и социо-центрированную направленность.

Показанияипротивопоказаниякприменению патогенетическойпсихотерапии

Сложность и многоаспектность патогенеза гипертонической болезни в терапевтическом плане предполагает системное воздействие на клинические, психологические и социальные факторы заболевания, т.е. необходимость комплексного лечения, включающего наряду с назначением сомато- и психотропных препаратов широкий спектр методов психологической коррекции.

В равной степени этот подход отвечает задачам, решаемым исследователем в ходе реабилитации агрессивных больных с гипертензией, поскольку и агрессивность как устойчивая личностная черта, и совершаемые агрессивные действия находятся в тесной взаимосвязи и взаимозависимости с психическим и соматическим состоянием пациента.

Э.Г.Эйдемиллер и В.В.Юстицкий (1990) указывают на необходимость проведения семейной психотерапии с больными гипертонической болезнью. Задачей семейной психотерапии, отмечают авторы, «является достижение осознания пациентом собственных эмоциональных проблем, ситуаций, поддерживающих неконструктивное их разрешение в семье, и стереотипов своего поведения, уводящих пациента от собственных эмоциональных проблем. В качестве одной из психотерапевтических техник, наиболее полно отвечающих поставленной задаче, может быть рекомендована методика «конструктивного спора» G.Bach—S.Kratochvil, способствующая разрешению супружеских конфликтов.

В исследовании Н.Г.Незнанова, С.Л.Соловьевой психологическая коррекция агрессивного поведения больных гипертонической болезнью являлась составной частью комплексной терапии больных; ее необходимость вытекала из участия в этиопатогенезе психосоматических заболеваний сердечно-сосудистой системы биологических и социально-психологических факторов. Элементы методов когнитивно-поведенческой психотерапии и телесно-ориентированного тренинга используются в комплексной терапии психосоматических заболеваний для коррекции алекситимических проявлений, агрессивности, других поведенческих характеристик, свойст-

венных типу А, и эссенциальная гипертензия сама по себе не является противопоказанием для их назначения.

В качестве противопоказания для применения психотерапевтических методик выступает лишь выраженное интеллектуальное снижение, достигающее степени дефекта. Нежелательно также в случае применения групповых форм психотерапевтического воздействия включение в группу пациентов с психопатическими изменениями личности.

Психологическая коррекция охватывает различные уровни агрессивности: уровень переживания эмоционально-негативных состояний раздражения, недовольства, гнева; личностный уровень, включающий провоцирующие эти состояния интрапсихические конфликты в структуре нарушенных значимых отношений личности; поведенческий уровень, включающий неадаптивные варианты реализации агрессии с чрезмерным подавлением и контролем агрессивных побуждений или с их проявлением в социально-неприемлемой форме, нарушающей правовые и морально-этические нормы.

При первичном обследовании больного тщательно изучаются и анализируются анамнестические сведения, с помощью опросника Дженкинса проводится идентификация поведенческого фактора риска, с использованием «Я-структурного теста» Г.Аммона уточняется структура и выраженность агрессивных тенденций различной модальности, и с учетом полученных данных определяется объем психокоррекционной работы и формирование групп. Использование на психодиагностическом этапе Миннессотского многофакторного личностного опросника позволяет получить дополнительную информацию о наличии и выраженности психопатологической симптоматики у обследуемых пациентов.

Психотерапевтическая группа может работать более эффективно, если в ее состав входят пациенты с различными индивидуально-психологическими чертами, что позволяет более полно представить психологическую проблематику больных гипертонической болезнью.

Психологическая коррекция осуществляется преимущественно в форме групповой работы и включает 8.полуторачасовых занятий, проходящих в несколько этапов. Основу метода составляют когнитивно-поведенческий тренинг, групповая патогенетическая психотерапия и различные варианты релаксации. Целью проводимой работы является модификация агрес-

сивных поведенческих реакций с изменением структуры агрессивности, с нивелированием деструктивных и дефицитарных форм реализации агрессивных тенденций при повышении значимости конструктивных, а также снижение чрезмерного внутреннего напряжения, коррекция выявляющихся у пациентов неадаптивных паттернов эмоционального реагирования.

На первых, начальных занятиях, проходящих в виде общей беседы, членов группы знакомят с психологическими факторами риска гипертонической болезни, особенностями поведения лиц типа А, акцентируя внимание на полученных анамнестических сведениях, которые анонимно привлекаются для иллюстрации излагаемых теоретических представлений. Пристальное внимание уделяется выявлению и изучению неотреагированных эмоциональных переживаний, в первую очередь стеничного круга, таких как враждебность, недовольство, гнев.

Вслед за этим анализируются связи эмоционально-негативных состояний с психологическими проблемами больных, отражающими нарушенные значимые отношения личности. В ходе групповой дискуссии обсуждается зависимость хронизации негативных эмоций от избыточного самоконтроля поведения, недостаточного отреагирования эмоциональных реакций. Разъясняется влияние подавленных стенических эмоций враждебности и гнева на психофизиологические функции организма. Живое, эмоциональное общение в группе дает возможность пациентам наглядно увидеть причины своих конфликтов, определить неадекватность восприятия и оценки психологических аспектов социальных отношений, амбивалентность мотивов и установок. Наряду с теоретическим обсуждением актуальных вопросов в структуру занятий включены комплексы релаксационного тренинга (дыхательная релаксация, нервно-мышечная релаксация), ориентированные на коррекцию выявленных нарушений.

На данном этапе групповая работа представляет собой по существу вариант патогенетической терапии, отличительной особенностью которой является преимущественная сосредоточенность на феномене агрессивного поведения, его связях с психологическими проблемами больных и их эмоциональном состоянии. Следующий этап работы включает в себя обучение пациентов идентификации у себя элементов поведенческого типа А. Среди установленных ситуаций особое вни-

мание уделяется тем, которые в большей степени провоцируют агрессивное поведение. Затем, опираясь на теоретические положения когнитивно-поведенческой терапии, проводится коррекция поведенческого стереотипа, направленная на снижение агрессивных проявлений деструктивного и дефицитарного плана.

Среди демонстрируемых больными образцов поведения отбираются наиболее эффективные, которые закрепляются в специально моделируемых тренинговых ситуациях.

Репертуар разыгрываемых ситуаций охватывает те, которые в повседневной жизни пациентов вызывают наибольшие трудности, провоцируя разрешение конфликтов с применением силы: это ситуации, связанные с ущемлением интересов, игнорированием, недостаточным уровнем социального признания, повышенной вероятностью осуждения и критики. Эффективным считается поведение, обеспечивающее достаточную степень отреагирования негативных эмоций при соблюдении морально-этических норм и правил поведения. Обучение более свободному проявлению в поведении негативных переживаний в социально приемлемой форме позволяет снижать уровень агрессивности больных.

Наблюдение за пациентами во время тренинговых занятий позволило выявить некоторые дополнительные тенденции: более охотно усваивали методику, а впоследствии самостоятельно продолжали занятия больные с более выраженными клиническими признаками заболевания, демонстрирующие поведенческие типы АБ и Б.

Важным фактором, влияющим на изменение поведения и образ жизни, оказалось адекватное (нормонозогнозическое) отношение больного к заболеванию. В определенной степени уменьшению агрессивности способствовало также сочетание когнитивно-поведенческого тренинга с эффективной фармакотерапией.

В качестве метода психотерапии больных гипертонической болезнью может быть использован вариант группового телесно-ориентированного тренинга (Смолова В.П., 2000), основной целью которого является осознание пациентом своего собственного участия в развитии заболевания и излечении. В основе терапии лежит биоэнергетическая концепция А.Лоуэна о типах характерологических структур, отражающих особенности внутриличностных конфликтов, тесно связанных с

телесной конституцией, формирующихся в течение всей жизни человека, начиная с рождения, и имеющих специфические, «сцепленные» с телом формы защиты.

Тренинг представляет собой 7 структурированных телесно-ориентированных занятий, имеющих определенную, базирующуюся на основных проблемах больных гипертонической болезнью программу. Занятия проводятся ежедневно по 1,5 часа. За ними следуют 3 завершающих неструктурированных занятия, посвященных отдельным проблемам пациентов. Цель 1 -го занятия — создание работающей группы. Для этого используются специальные телесно-ориентированные приемы и упражнения, снимающие физическое и психическое напряжение, облегчающие вступление в контакт и вместе с тем дающие представление о взаимосвязи телесного и психического на собственном субъективно-значимом опыте.

На 2-м занятии анализируются проявления выражения своих чувств и понимание чувств других, что способствует преодолению алекситимических расстройств. На 3-м занятии обсуждаются такие значимые для пациентов психологические понятия, как стойкость, упорство, упрямство, а также роль этих качеств в жизни, физический и психологический контексты страха падения. На 4-м занятии через опыт проверяется реальность существования осознаваемого и неосознаваемого контроля, возможность противоречия при восприятии своих ощущений и интерпретации их другими.

Получение обратной связи от партнера дает возможность осознавать незамечаемые особенности собственного поведения. На 5-м занятии изучаются физические проявления психологического качества терпения, его необходимость, границы и последствия, анализируются агрессивные проявления и возможность их коррекции. Выполняемое в технике управляемой медитации упражнение позволяет на символическом уровне решать проблемы, снимать психическое и мышечное напряжение.

6-е занятие посвящено исследованию особенностей взаимодействия с окружающими людьми: потребности в помощи, поддержке, умению информировать о своих проблемах; уточняются особенности отношений в позиции лидера и при подчинении. На 7-м занятии выполнение телесного упражнения предоставляет возможность проявить свои эмпатические качества, принять аффилиативные потребности других, через

обратную связь узнать, как эти особенности проявляются у самого пациента. В процессе обсуждения осознаются возможности одновременной реализации аффилиативной потребности и открытого выражения своих эмоций.

Эффективностьиспользованияметода

А) Когнитивно-поведенческой психотерапии

Из 48 пациентов, прошедших курс когнитивно-поведенческой психотерапии, заметное улучшение состояния наблюдалось у 32. Наряду с формированием новых поведенческих стереотипов отмечалось улучшение самочувствия и психического состояния, снижалось эмоциональное напряжение, уменьшались враждебность, переживания неудовлетворенности и дискомфорта, а также беспокойство и тревога. На этом фоне улучшились и гемодинамические показатели. Как показал контрольный опрос, проведенный через 3 месяца, пациенты научились лучше понимать источники своих психологических проблем и более адекватно на них реагировать.

16 пациентов, участвовавших в занятиях, субъективно не ощутили заметных изменений ни на уровне эмоциональных переживаний, ни на уровне поведенческих реакций, ни на уровне собственных психологических проблем. 12 из них по этой причине прекратили посещать психотерапевта. Эти больные, относительно резистентные к психокоррекционным воздействиям, обладали яркими психологическими особенностями структуры личности или интеллектуальной деятельности: они характеризовались выраженными психопатоподобными чертами или обнаруживали снижение интеллектуально-мнестической деятельности по органическому типу. Адаптивные и компенсаторные способности данных больных были значительно снижены, и с ними проводилась преимущественно симптоматическая психотерапия. Как правило, и ГБ имела неблагоприятное течение с тенденцией к частым аффективно-провоцируемым обострениям и нестойким медикаментозным ремиссиям.

Б) Телесно-ориентированной психотерапии

После проведения телесно-ориентированного психотерапевтического тренинга у больных ГБ наблюдалось снижение агрессивности на 37,5%, значительно уменьшились тревожность, астенические проявления, алекситимия, дезактуализировались

противоречия и конфликты по типу зависимости-независимости, близости-дистанцирования (Смолова В.П., 1998).

Лечение гипертонической болезни во многом определяется правильностью ведения больного врачом, активно сотрудничающим с психотерапевтом, и дифференцированного медикаментозного и немедикаментозного лечения.

Наряду с разнообразными формами психотерапии и психопрофилактики гипертонической болезни и инсульта особого внимания, а также изучения и обобщения заслуживают клубные формы работы при реабилитационно-восстановительных стационарах и поликлиниках. Опыт работы клубов и реабилитационных поликлиник показывает хорошую перспективу в психопрофилактике сосудисто-мозговых декомпенсаций, в популяризации основ здорового образа жизни.

Особо важное значение в предупреждении сосудистых заболеваний должно принадлежать семейной психогигиене и психопрофилактике в связи с ролью наследственной предрасположенности в возникновении гипертонической болезни, атеросклероза, сердечно-мозговых нарушений. Роль наследственной предрасположенности в возникновении гипертонической болезни, атеросклероза, сердечно-мозговых нарушений отмечалась многими клиницистами (Балунов О.А., Виленский Б.С, 1981; Давиденков С.Н., 1947). Поэтому психопрофилактическое освещение среди населения с соблюдением мер этической предосторожности достижений медицинской генетики, особенно молодых людей до вступления в брак, сделает многие семьи более здоровыми и счастливыми, что может способствовать в определенной степени снижению распространенности сердечно-сосудистых заболеваний.

Учет фактора наследственной предрасположенности может иметь существенное значение и для социально-трудового прогноза. Лицам, имеющим унаследованную предуготовленность к гипертонической болезни, следует рекомендовать профессии и условия труда, не связанные с чрезмерными физическими и нервно-психическими перегрузками, профессиональными вредностями, а также длительными пребываниями в экстремальных условиях. Следует иметь в виду и такие провоцирующие возникновение сосудистых заболеваний факторы, как переедание, склонность к пассивному образу жизни, курение, злоупотребление алкоголем. Своевременная семейная психо-

терапия является основой в предупреждении возникновения семейной гипертонии, смягчении течения этого заболевания, предотвращении мозговых и других осложнений.

Синдром артериальной гипотензии

Артериальная гипотензия — самостоятельное мультифакторное заболевание нейроэндокринной природы, основным гемодинамическим звеном патогенеза которого является первичное нарушение тонуса сосудов и их реактивности, обусловленное воздействием наследственных и социально-психологических факторов. Артериальная гипотензия (АГ) достаточно распространена и чаще встречается у женщин молодого и среднего возраста. Затраты, связанные с потерей трудоспособности по поводу АГ в этом возрасте на 54% выше, чем при артериальной гипертензии (Вейн А.М., 1998).

Необычайный полиморфизм клинических проявлений, незакономерность течения, неоднородность изменений центральной гемодинамики и сосудистого тонуса и, наконец, отсутствие специфических симптомов заболевания позволяют говорить о неправомерности выделения «первичной артериальной гипотензии» или «гипотонической болезни», по Н.С.Молчанову (1962), как самостоятельной нозологической формы. Как отмечают в этой связи В.Д.Тополянский и М.В.Струковская (1986), клиническая практика показывает, что в большинстве случаев артериальная гипотензия представляет собой лишь особый психовегетативный синдром, соматическое отражение аффективных расстройств и астенодепрессивных состояний.

Патологическая артериальная гипотензия как объективное отражение соматогенной или психогенной астении занимает значительное место в клинической практике. Хроническая патологическая артериальная гипотензия свидетельствует, как правило, о стойком снижении общего жизненного тонуса (т.е. по существу о достаточно выраженной соматогенной или психогенной астении с неизбежной при этом депримированностью больного) и отмечается преимущественно у лиц астенического телосложения, чаще у женщин 31—40 лет (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986).

У пациентов наиболее часты жалобы на интенсивные и продолжительные головные боли в лобной, теменной, ви-

сочной областях, носящие давящий характер и возникающие, как правило, во второй половине дня. Отмечаются утренняя слабость, быстрая утомляемость после физической и умственной нагрузок, головокружение при резкой перемене положения тела, склонность к обморочным состояниям. У половины пациентов имеются жалобы на острые, колющие боли в области сердца. Колебания артериального давления в течение дня незначительны. Кожные покровы бледные и холодные. Отмечаются выраженная одышка при умеренной физической нагрузке и жалобы на ощущение нехватки воздуха в покое; пастозность или отеки голеней и стоп к вечеру; тяжесть в эпигастральной области и горечь во рту, изжога и тошнота, метеоризм и неустойчивость стула или, чаще, запоры; нарушения потенции у мужчин и менструального цикла у женщин.

Наиболее универсальны жалобы на резкую слабость и утомленность по утрам, отсутствие бодрости даже после длительного сна, постоянную усталость (вплоть до изнеможения в конце рабочего дня или при высокой температуре окружающей среды), вялость и апатию, ухудшение запоминания, рассеянность и неустойчивость внимания и, как правило, явное снижение трудоспособности; физическая работоспособность у лиц с гипотоническими расстройствами психовегетативной регуляции при объективном обследовании действительно оказывается ниже, чем у больных пороком сердца (Reindell H., ReindellA., 1975).

У подавляющего большинства больных выявляются при этом раздражительная слабость, эмоциональная неустойчивость (вплоть до тяжелых расстройств настроения типа дисфории или бурных аффективных вспышек с агрессивными тенденциями), нарушения засыпания и ритма сна (сонливость днем и бессонница ночью), кошмарные сновидения (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986). В анамнезе в детском возрасте часто наблюдаются явления невропатии. Нередко также наблюдаются хроническая очаговая инфекция, аллергические реакции, заболевания желудочно-кишечного тракта (Исаев Д.Н., 2000).

Этиопатогеиетические факторы артериальной гипотензии

Одним из основных факторов, провоцирующих формирование патологической артериальной гипотензии, является

гипокинезия; не случайно 72,2% подобных больных - это лица занимающиеся умственным трудом (Темкин И.Б., 1971). Чрезвычайно важную роль в становлении артериальной гипотензии получают при этом профессиональные факторы (работа под землей, в атмосфере избыточной влажности и высокой температуры; длительное воздействие небольших доз ионизирующей радиации, сверхвысокочастотного электромагнитного поля, производственного шума и вибрации; хронические интоксикации продуктами перегонки нефти, окисью углерода, различными соединениями свинца, ртути, фтора и т.д.) и загрязнение окружающей среды.

Физиологической основой стойкой артериальной гипотензии становится *повышение парасимпатического тонуса* и нарушение функции высших вегетативных центров вазомоторной регуляции, ведущее к стабильному снижению общего периферического сопротивления. Компенсаторное увеличение сердечного выброса оказывается недостаточным в этих случаях для нормализации артериального давления. Скорость кровотока при этом обычно не изменена; объем циркулирующей крови — в пределах нормы или несколько снижен; возможна тенденция к нормоволемической полицитемии. С помощью радионуклидных методов исследования удается установить у ряда больных повышенное депонирование крови в портальном гемодинамическом бассейне.

Объективное исследование позволяет также выявить у большинства больных хронической сосудистой недостаточностью, по Г.ФЛангу (1958), вялый тургор тканей, слабое развитие скелетной мускулатуры и дряблость брюшного пресса, бледность кожных покровов с легким цианотичным оттенком и несомненные вегетативные нарушения: гипергидроз ладоней и стоп с жалобами на зябкость и периодическое возникновение парестезии, а подчас и своеобразное ощущение «отчуждения» в дистальных отделах верхних и нижних конечностей, тремор век и пальцев вытянутых рук, стойкий красный дермографизм и расстройства терморегуляции с выраженными суточными колебаниями температуры тела и падением ее по утрам ниже 36 градусов С либо стойким неинфекционным субфебрилитетом. Аналогичная симптоматика описывается и в рамках гипоталамического синдрома (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986).

Психологические факторы в формировании артериальной гипотензии

Некоторые авторы относят АГ к так называемым *малым психосоматическим заболеваниям.* Развернутой клинической картине эссенциальной гипотензии предшествует обычно изменение общей реактивности организма. В этиопатогенезе этого нарушения участвуют как биологические, так и социально-психологические факторы, а в клинической картине заболевания имеют место не только соматические, но и психические расстройства, затрагивающие все уровни личности. Так, для данных пациентов характерны повышение уровня *депрессии и тревоги* (Вейн А.М., 1998) и изменение структуры личности, носящие, как правило, *невротический характер* (ВейнА.М., 1998; Герасимени В.В.,Храмелашвили В.В., 1988, Magdon M., Kawecka-Jaszcz K., Klocek M., Lubaszewski W, Betkowska-Korpala B., 1994; Nozawa L., Hisamatsu K., Imamura S., Fujimori Г., Nakayama H., Murakami Y, 1996).

Приблизительно у половины больных с артериальной гипотензией отмечаются преимущественно хронические психотравмирующие ситуации (семейные конфликты, алкоголизм одного из членов семьи). У значительной части пациентов конфликтная домашняя ситуация становится патогенной без достаточной степени осознания происходящего. В детском возрасте часто отмечается воспитание в родительской семье по типу гиперопеки, что может существенно снижать способность к социальной адаптации. В частности, отмечается повышенная возбудимость, ранимость, сенситивность, неуверенность в себе, ипохондричность, зависимость, боязливость, чувствительность к угрозе. Под дополнительным влиянием психологических факторов у больных с артериальной гипотензией значительно расширяется круг жалоб.

Синдром артериальной гипотензии констатируют почти у всех больных в клинике так называемого невроза истощения, при гипостенической форме неврастении, ипохондрических состояниях различного генеза и ятрогенной кардиофобии; в сборной группе лиц с диагнозом «нейроциркуляторная астения» считают необходимым различать больных неврозом тревоги (синдромом усилия) и биполярным аффективным расстройством — маниакально-депрессивным психозом (Cohen M.E., White P.D., 1972). Тягостные ощущения в прекордиальной области и мигренеподобная, нередко пульсирующая или, наибо-

рот, постоянная тупая головная боль на фоне бесспорной астении с вегетативными нарушениями и ортостатическими сдвигами ложатся подчас в основу ипохондрического бреда или бреда воздействия при «гипотонических психозах» (Протасевич Н.И., 1964), нозологическая принадлежность которых (скорее всего эндогенная) крайне сомнительна, несмотря на отмечаемую при этом «легкую оглушенность» (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986).

Фасадная психастения с астенодепрессивными и астеноипохондрическими проявлениями на фоне очень медленно и постепенно развивающейся сосудистой дистонии может создавать впечатление какого-то серьезного соматического страдания, и больные подолгу обследуются и лечатся врачами самых различных специальностей. Констатация систолического шума и неспецифических изменений ЭЭГ (особенно при наличии упорных арталгий) может стать причиной направления этих больных к ревматологам и даже кардиохирургам по поводу предполагаемого митрального порока сердца.

Психические нарушения у больных с артериальной гипотензией

В ходе клинического интервью у пациенток с синдромом АГ астенические симптомы встречаются у 64% обследованных женщин, депрессивные — у 57%, тревожные — у 12%, истерические — у 12%, неврастенические — у 12%, обсессивно-фобические — у 9,5% и ипохондрические — у 2,3%. Характерно, что астенические, депрессивные и неврастенические симптомы носят реактивный характер. Проявления тревоги и обсессивно-фобические нарушения в большей мере связаны с особенностями личности и носят стабильный характер.

Уровень депрессии по клинической шкале Гамильтона колеблется от 12 до 27 баллов и в среднем составляет 13 баллов. Утяжеление депрессивной симптоматики носит реактивный характер и наблюдается при ухудшении соматического состояния и обострении внутри- и межличностных конфликтов. Величина тревоги по клинической шкале Шихана располагается в диапазоне от 25 до 81 балла (в среднем 34,9 балла) и особенно выражена у пациентов с обссесивно-фобической симптоматикой. Показатели уровня депрессии и тревоги у гипотоников и гипертоников не различаются, но достоверно выше по сравнению с нормотониками (табл. 1).

Таблица I

Уровни депрессии и тревоги (Гамильтон, Шихан)

	Гипотоники	Гипертоники	Нормотоники
Уровень депрессии	13,0	15,9	4,6*
Уровень тревоги	34,9	19,4	10,9*

* — достоверные различия ($p<0{,}05$, тест Манна—Уитни)

Даже очень кратковременный, впервые в жизни возникший гипотензивный криз вызывает у большинства таких больных чрезвычайную тревогу и неуверенность в своем соматическом благополучии. Повторные приступы внезапных головокружений с тошнотой и помрачением сознания (особенно по утрам, когда звонок будильника «выбрасывает» больного из постели) обусловливают формирование стойких ипохондрических страхов и опасений, убежденность в тяжести и неизлечимости своего «непонятного» для врачей страдания и близости надвигающейся смерти (Тополянский В.Д., СтруковскаяМ.В., 1986).

Значительная частота артериальной гипотензии и гипотензивных кризов в клинике циклотимных состояний усугубляет суточные и сезонные колебания аффективного статуса этих пациентов с особенно резким снижением работоспособности по утрам, а нередкое пошатывание при ходьбе и коллаптоидные состояния, обусловленные в основном ортостатическими сдвигами, становятся причиной стационирования таких больных с подозрением на органическое поражение центральной нервной системы. Острое снижение артериального давления с развитием синдрома Меньера, эпилептиформных припадков и гипоталамических пароксизмов (с ознобом или обильным холодным потом, императивными позывами к мочеиспусканию, отчетливыми парестезиями в конечностях и в ряде случаев — с крупноразмашистым нистагмом и неустойчивостью в позе Ромберга) служит нередко поводом для экстренной госпитализации таких больных в многопрофильные стационары. Особую опасность при этом представляют собой так называемые ночные кризы - локальные расстройства кровообращения во сне при повышении тонуса блуждающего нерва (боль в икроножных мышцах, ночные ангинозные приступы, иногда даже развитие апоплексического инсульта) (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986).

Наибольший интерес в клинике аффективной патологии представляют острые гипотонические кризы, наступающие чаще всего на фоне выраженной соматогенной астении (в том числе и после очень интенсивной физической — иногда спортивной — нагрузки, или, например, при тяжелой форме синдрома укачивания), либо, реже, вследствие крайнего эмоционального перенапряжения и психической травмы (вазо-вагальные обмороки при отчетливом преобладании парасимпатического тонуса). Неоднократно описаны также синкопальные эпизоды рефлекторного и болевого происхождения, например, при инъекциях, при виде крови или даже одном представлении о возможности несчастного случая (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986).

Особенности личности пациентов с артериальной гипотензией

Наиболее характерными чертами личности у пациентов с синдромом артериальной гипотензии являются: общительность, обязательность, упрямство, доверчивость, тревожность, вспыльчивость, эмоциональная лабильность, нерешительность, ранимость. Практически все исследователи подчеркивают повышенную утомляемость этих пациентов, беспричинную тревожность со склонностью к беспредметным, недифференцированным переживаниям беспокойства, а также тенденцию к пониженному настроению со склонностью к депрессивным реакциям в «трудных» жизненных обстоятельствах.

При экспериментально-психологическом обследовании пациентов с синдромом артериальной гипотензии каких-либо выраженных патопсихологических особенностей не выявляется. Усредненный профиль личности располагается в области средних значений MMPI (50 Т-баллов), однако несколько выражено относительное преобладание шкал 8 (шизофрении, или, в терминологии, применяемой к психически здоровым, индивидуалистичности) и 9 (мании, или склонности к повышенному настроению) по СМОЛ (табл. 2).

По сравнению с нормотониками, у пациентов с низким давлением значения по шкалам «невротической триады» (шкалы ипохондрии, или сверхконтроля поведения; депрессии, или склонности к пониженному настроению; истерии, или эмоциональной лабильности) были выше ($p<0{,}05$, тест

Таблица 2

СМОЛ (MMPI)

	Гипотоники	Гипертоники	Нормотоники
L	43,6	42,7	48,9
F	51,1	45,1	46,0
K	48,1	51,0	59,3*
1	51,2*	45,7	44,4
2	50,9*	44,7	39,9
3	52,1*	49,6	43,6
5	50,1	44,4	50,4
6	51,8	51,9	40,0
7	51,5	51,4	47,9
8	54,6	51,7	53,9
9	54,9	49,0	48,6

* — достоверные различия ($p<0,05$, тест Манна-Уитни).

Манна—Уитни): для больных гипотонией оказались характерными эмоциональная неустойчивость, склонность к пониженному настроению, фиксированность на соматических ощущениях и сверхконтроль поведения. С другой стороны, у лиц с нормальными цифрами артериального давления были достоверно более высокие значения по шкале коррекции (K), что указывает на тенденцию к скрыванию возможных личностных дефектов.

Для пациенток с «невротической триадой» характерно наличие таких черт характера, как эмоциональная лабильность, стремление к общению, ранимость, обидчивость, тенденция к пониженному настроению. Пациенткам с преобладанием в профиле личности шкал «психотической тетрады» свойственны такие черты характера, как нерешительность, сдержанность, тревожность, склонность к сомнениям и колебаниям, а также эмоциональная вязкость, ригидность аффекта, вспыльчивость, упрямство. У пациенток первой группы чаще встречается ипохондрическая и неврастеническая симптоматика. Во второй группе преобладают обсессивно-фобические и тревожные симптомы, что подтверждает более высокий уровень тревоги по клинической шкале Шихана. Пациенты этой группы испытывают затруднения в подборе и описании своих мыслей и чувств, у них отмечаются редкие сновидения и отсутствие фантазий, характерны ограниченные возможно-

Таблица 3

Данные СМОЛ у гипотоников в обеих подгруппах

	Первая подгруппа (1, 2, 3)	Вторая подгруппа (6, 7, 8, 9)
L	46,2	41,8
F	49,9	51,9
K	50,5	46,5
1	54,2	49,2
2	51,0	50,8
3	55,8	49,5
4	50,7	49,8
6	48,5	54,1
7	49,4	52,8
8	50,2	57,6
9	49,1	58,9

сти эмоционального межличностного взаимодействия.

По данным СМОЛ, значения по шкалам лжи (неискренности) и истерии (эмоциональной лабильности) в первой подгруппе несколько выше: больные характеризуются эмоциональной неустойчивостью, чертами демонстративное™, тенденцией скрывать свои проблемы. Во второй подгруппе преобладающими шкалами являются шкалы шизофрении (индивидуалистичности) и гипомании (тенденции к повышенному настроению) (табл. 3): отмечается склонность к дистанцированию в межличностных отношениях, поверхностность и формальность контактов, повышенный уровень психической активности.

Пациентки первой подгруппы в качестве механизмов психологической защиты чаще используют «интеллектуализацию» и «реактивные образования», а второй — «регрессию», «реактивные образования».

Наиболее часто используемыми механизмами психологической защиты у пациентов с синдромом АГ являются «регрессия» (демонстрация «детских» форм поведения и эмоционального реагирования в сложных жизненных ситуациях) и «реактивные образования» (замена социально-неодобряемого переживания на прямо противоположное, например демонстрация утрированного чувства любви вместо ненависти и враждебности) (63,2 и 75,0% соответственно). Различий между пациентами с низким и повышенным артериальным давлением

не выявляется. Гипотоники по сравнению с лицами с нормальным давлением достоверно чаще используют такие механизмы психологической защиты, как «интеллектуализация» (бесплодное, «пустое» мудрствование) и «реактивные образования»: их отличает склонность скрывать социально-неодобряемые чувства, в особенности такие, как враждебность и гнев, замещая их на социально-допустимые, а также черты аффективной дезорганизации когнитивных функций с возможным снижением интеллектуальной продуктивности.

При исследовании структуры «Я» по тесту Аммона усреднённый профиль личности располагается в интервале нормальных значений (в среднем от 41 до 51 Т-балла). При этом относительно преобладают конструктивные значения по шкалам «страха», «отграничения вовнутрь», «нарциссизма» и «сексуальности». А по шкалам «агрессии», «отграничения наружу» отмечается выраженный дефицит. Таким образом, пациентов отличает недостаточная степень отреагирования агрессивных тенденций вследствие дефицита соответствующих поведенческих навыков и избыточного контроля за эмоциональными реакциями и поведением в целом.

Некоторые различия между выделенными подгруппами отмечаются в структуре «Я» пациенток, выявляемых по тесту Аммона. В профиле пациенток первой подгруппы по сравнению со второй преобладают шкалы конструктивной агрессии и отграничения вовнутрь. Во второй подгруппе, напротив, преобладают шкалы дефицитарной агрессии и отграничения вовнутрь. Это может служить признаком более социализированной, адаптированной к реальности структуры «Я» в первой подгруппе, что обусловливает более выраженную способность этих больных к рефлексии и психической саморегуляции.

На основании полученных данных и с учетом достоверных различий показателей психологических тестов по сравнению с группой нормотоников были построены корреляционные плеяды, характерные для пациентов с низким артериальным давлением. Связующими показателями при этом выступают: повышенный уровень депрессии и тревоги, шкалы «невротической триады» по СМОЛ (1, 2, 3), изменения в структуре «Я» (дефицитарная агрессия, деструктивный страх, деструктивное и дефицитарное отграничение наружу, дефицитарное отграничение вовнутрь, деструктивный и дефицитарный нарциссизм). Учитывалось также преимущественное использо-

вание «интеллектуализации» и «реактивных образований» в качестве механизмов психологической защиты. В результате уровни депрессии и тревоги обнаруживают корреляционную связь как со шкалами «невротической триады» (1, 2, 3), так и с «психотической тетрадой» (6, 7, 8) по СМОЛ. Также выявляется взаимосвязь депрессии с деструктивным отграничением наружу и во внутрь, а тревоги — с деструктивным и дефицитарным страхом, дефицитарным отграничением наружу и деструктивным вовнутрь. В свою очередь, депрессия и тревога также взаимосвязаны, что позволяет говорить о едином тревожно-депрессивном континууме у данных пациентов. С другой стороны, отчетливой является связь между структурой «Я» и шкалами СМОЛ. Дефицитарная агрессия, отграничение наружу и вовнутрь связаны со шкалами депрессии (сниженного настроения), паранойи (психической ригидности) (6) и психастении (тревожности) (7). Деструктивный страх и отграничение вовнутрь коррелируют с «невротической триадой» (], 2, 3), паранойей (ригидностью) (6) и психастенией (тревожностью) (7). Деструктивное отграничение наружу взаимосвязано с психастенией (тревожностью) (7), деструктивный и дефицитарный нарциссизм — со шкалами депрессии (сниженного настроения) (2), паранойи (ригидности) (6) и психастении (тревожности) (7). В свою очередь, наиболее часто используемые гипотониками механизмы психологической защиты коррелируют как с эмоциональными нарушениями, так и с особенностями структуры «Я». «Реактивные образования» связаны с дефицитарным отграничением наружу и нарциссизмом, деструктивным отграничением вовнутрь и нарциссизмом, а также с уровнем депрессии. Использование «интеллектуализации» коррелирует с дефицитарным нарциссизмом и сексуальностью. Отмечается также взаимосвязь между «регрессией» и уровнем тревоги.

На основе экспериментально-психологического исследования были выделены основные психотерапевтичекие мишени у пациентов с АГ. Эти мишени определяются в первую очередь уровнем выраженности таких эмоционально-негативных состояний, как депрессия и тревога, а также особенностями механизмов психологической защиты (регрессия, интеллектуализация, реактивные образования) и структуры «Я» (дефицитарные агрессия, отграничение наружу и вовнутрь, нарциссизм и сексуальность, деструктивные страх, внешнее

отграничение, нарциссизм). Кроме того, разделение пациентов с АГ по характеру патопсихологических нарушений на две подгруппы — со склонностью к невротическому и психопатическому типу реагирования — необходимо учитывать при выборе методов психотерапевтического воздействия.

Таким образом, на основании клинического исследования у пациентов с пониженным артериальным давлением выявляется преимущественно астено-депрессивная и тревожная симптоматика. Эти патологические симптомы носят реактивный характер и резко не выражены. Их появление связано либо с ухудшением соматического состояния, либо с обострением внутри- или межличностных конфликтов, что свидетельствует о низкой толерантности этой группы больных к психотравмирующим факторам. Этим пациенткам, как правило, специализированная психотерапевтическая помощь не оказывается. Однако экспериментально-психологическое исследование позволяет четко выявить взаимосвязь эмоциональных нарушений с особенностями личности пациенток, определить преобладающие мишени психотерапевтического воздействия.

Особенности психологической коррекции пациентов с синдромом артериальной гипотензии

Наиболее адекватным методологическим подходом к пониманию нарушения личностного функционирования данной группы пациентов с позиций холистической психологии и доминирующей биопсихосоциальной концепции болезни являются основные положения теории отношений В.Н.Мясищева: представление о трехкомпонентной структуре отношений личности (когнитивный, эмоциональный, поведенческий аспекты), признание значимости взаимосвязи сознательного и неосознаваемого в регуляторных механизмах системы психической адаптации больного.

Восприятие, переживание и переработка болезненных расстройств у больных психосоматическими нарушениями определяются особенностями их личностных свойств, концепцией «Я», психологическим конфликтом (внутри- или межличностным), особенностями восприятия и переживания психотравмирующей ситуации, преобладающими способами психологической защиты.

Когнитивные нарушения, по результатам исследования,

определяются, прежде всего, соматической или психогенной концепцией болезни, сформировавшейся у этой группы больных в ходе переработки ими своих патологических ощущений и переживаний. У пациенток с низким артериальным давлением обнаруживается наличие как «соматической», так и «психогенной» концепции болезни. Преобладание «соматической концепции» во второй подгруппе в значительной мере поддерживается свойственной психосоматическим пациентам алекситимией, то есть неспособностью к вербальному описанию своего эмоционального состояния и проблем. Алекситимические характеристики таких больных проявляются в подробном описании ими симптомов своего заболевания без выражения какого-либо эмоционального отношения к отражаемым болезненным ощущениям и дискомфорту. Тревогу и депрессию пациентки описывают в форме физических ощущений, испытывают затруднение в назывании соответствующих чувств, отмечают редкие сновидения и отсутствие фантазий. У этих больных, как правило, существенно ограничены межличностные контакты, носящие преимущественно поверхностный и формальный характер. Коммуникативным затруднениям с недостаточной эмоциональной включенностью в межличностные взаимоотношения сопутствуют черты несформированности структуры «Я» (дефицитарная агрессия, отграничение наружу и вовнутрь).

Для первой подгруппы, напротив, характерна «психогенная концепция», которая определяется представлениями больных о причинах своего заболевания, связанных с самооценками трудных жизненных ситуаций и отношений с окружающими. Однако под влиянием функционирования механизмов психологической защиты больные видят причины своей психической травматизации во внешней ситуации, как правило, исключая свой собственный вклад в развитие конфликтных ситуаций и отношений, что находит свое отражение и в структуре «Я»: она более сформирована — только в профиле шкалы «отграничение наружу» преобладает дефицит. Приписывание ответственности за жизненные трудности обстоятельствам и другим людям сопровождается недостаточно активной жизненной позицией с чрезмерным самоконтролем и блокированием свободного эмоционального самовыражения.

Эмоциональные нарушения включают переживание эмо-

ционально-негативных состояний депрессии и тревоги. Причем эти два состояния проявляются одновременно, формируя единый тревожно-депрессивный континуум. Проявления тревоги и депрессии в первой подгруппе носят реактивный характер, а во второй больше обусловлены особенностями структуры личности больных.

Нарушения на мотивационно-поведенческом уровне выражаются в особенностях самооценки и системы адаптации — механизмах психологической защиты. Более высокая напряженность механизмов психологической защиты у пациентов второй подгруппы и преобладание в их структуре протективных способов психологической защиты, вероятно, связано с дефицитом внутреннего и внешнего отграничения и агрессии.

Различие патопсихологических нарушений в обеих подгруппах позволяет конкретизировать выбор методов психологической коррекции и последовательность ее проведения. Так, в первой подгруппе наиболее целесообразно проведение когнитивно-поведенческого тренинга в малой группе, основными психотерапевтическими мишенями которого могут являться эмоциональные нарушения (тревога, депрессия) и превалирующие методы психологической защиты (реактивные образования, интеллектуализация). Психологическую коррекцию пациентов второй подгруппы необходимо, на наш взгляд, проводить в два этапа. На первом этапе — краткосрочный телесно-ориентированный тренинг с управляемой динамикой, в ходе которого пациенты обучаются при выполнении упражнений вербализовывать свои чувства, мысли и переживания. На втором этапе возможно проведение когнитивно-поведенческого тренинга с анализом приобретенного на первом этапе нового опыта и его интеграцией в текущую психическую деятельность.

Комплексное наблюдение данного контингента больных не только у врачей общей практики, но и у психотерапевтов становится все более актуальным. Психотерапевтические методы могут занимать существенное место в комплексном лечении, реабилитации и профилактике психосоматических заболеваний (Ташлыков В.А., 1984; Захарова В.В. и др., 1996; Обухов Я.Л., 1997). В ряде случаев эффективность терапии зависит от правильного сочетания методов медикаментозного и психотерапевтического воздействия. Однако выраженность и

структура психических нарушений, особенности эмоционального реагирования и структуры личности пациентов с АГ, механизмы их психологической защиты, как правило, до последнего времени остаются за пределами клинико-психологических исследований. Это усложняет проведение адекватной психотерапии, снижая эффективность комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Психосоматические соотношения при сердечно-сосудистой патологии

Центральным вопросом теории психосоматических соотношений является определение места, которое занимают психологические факторы в происхождении соматических заболеваний. Можно ли говорить о психогенезе таких болезней, с учетом того обстоятельства, что развитие хронической патологии различных систем человеческого организма протекает в течение длительных сроков? Диагностика ИБС, гипертонической болезни и других заболеваний в определенный период жизни больного свидетельствует только о том, что к этому времени соотношение длительно действующих повреждающих и компенсаторных, восстанавливающих факторов привело к недостаточности приспособительных возможностей отдельных систем организма (Губачев Ю.М., Дорничев В.М., Ковалев О.А., 1993).

По мнению авторов, патогенные факторы таких заболеваний характеризуются длительным воздействием. Развитие болезни в результате роковой «психической травмы» или эмоционального стресса происходит сравнительно редко, в тех случаях, когда к моменту их действия состояние органа или системы-мишени будет резко изменено, приспособительные возможности исчерпаны. В то же время острое развитие тяжелого соматического страдания, которое в некоторых случаях может стать и причиной гибели больного вслед за определенным событием или эмоциональным потрясением, очень ярко выражает принципиальные возможности патогенной реализации подобных связей.

Наиболее ярко психосоматические соотношения подобного типа выражены в случаях смерти от внушения — «voodoo death», описанных еще Кенноном, а в последние годы в беллетризированном варианте — в книге Г.Райта «Свидетель колдовства». Смертный приговор, который приводился в исполнение только фактом его произнесения, испытание ядом,

действующим смертельно только на виновного, — все это могло бы быть отнесено к категории явлений паранаучных, если бы не истинность приведенных Райтом случаев; спорными остаются лишь их возможные интерпретации. При комментировании подобных феноменов подчеркивается требование соблюдать осторожность в трактовке такого рода острых соматических катастроф.

«Необходим, — пишут Ю.М.Губачев и др., — тщательнейший анализ ситуации, личности, ее позиции, сложившейся к моменту роковых событий, а также изучение преморбидного состояния пораженной соматической системы. Развитие той или иной формы острого эмоционального нарушения определяется многими факторами, среди которых особенно важным является так называемая соматическая диспозиция, т.е. относящееся к данному моменту состояние реагирующего субстрата, степень его перегрузки, функциональный резерв, зависящий от тренированности, перенесенных в прошлом повреждений, генотипических особенностей, «возраста» системы, фазы биологического ритма, с которым сочетается данное воздействие».

Сравнительная редкость острых эмоциогенных заболеваний в клинической практике, отмечает автор, объясняется существованием на каждом уровне регуляции защитных и компенсаторных механизмов, смягчающих тяжесть нарушений. Личностные механизмы преодоления — «coping»: рационализации, подавления и вытеснения, переключения на другую форму активности, переоценки ситуации, изменения направления аффекта с целью его нейтрализации — обеспечивают уменьшение степени актуальности, значимости и тяжести переживания, снимают напряжение. Личностный адаптационный барьер может служить своеобразной мерой нейродинамической устойчивости и сопротивляемости мозговых структур, обеспечивающих приспособление и стабильное функционирование системы.

Нестабильность системы регуляции выражается нарушениями межцентральных взаимоотношений, генерализацией возбуждения с длительным увеличением активности гипоталамических и стволовых структур, их вегетативным и гормональным сопровождением. Высокая степень активности регулирующих систем во время эмоционального стресса испытывает приспособительные возможности органов-мишеней. Их «тренированность», пластичность и солидный резерв ме-

таболического потенциала обеспечивают минимальность и обратимость явлений нейрогенных дистрофий. Дефектные структуры, органы-мишени с минимальным резервом возможного увеличения своей функциональной активности в этих условиях претерпевают изменения, нейрогенная дистрофия может перерастать в повреждение и некроз.

Таким образом, в соответствии с представлениями Ю.М.Губачева, многоуровневая иерархия механизмов компенсации и защиты объясняет сравнительную редкость грубых органических форм эмоциогенной патологии. Однако вегетативные проявления различных эмоциональных расстройств в виде «естественного» их выражения чрезвычайно распространены в клинике, и далеко не всегда они получают правильное объяснение и трактовку. Очень часто, по мнению автора, предъявляемые пациентом жалобы (на боли в области сердца, ощущение сердцебиений, чувство нехватки воздуха, головную боль, головокружения, одышку, ощущение разбитости и т.п.) выражают вегетативный синдром нередко неосознаваемого эмоционального напряжения, отражающего конкретную жизненную ситуацию: «Горе, связанное с потерей близкого человека или крахом надежд; разочарование, постигшее неожиданно, когда маленький штрих раскрыл глаза на истину; горечь одиночества; обида, переживание оскорбления, несправедливости, упрека, иногда, казалось бы, пустякового замечания; страх, связанный с возможностью разоблачения, раскрытия давней «греховности», реальной или мнимой угрозой благополучию, сострадание, зависть, ревность, недоброжелательность, тоска, смятение, стыд, ужас и многие другие обычные человеческие эмоции — все они могут быть единственным основанием для приведенных выше субъективных и объективных нарушений. В таких случаях полностью оправдана диагностика синдрома личностной дезадаптации с его определенным эмоциональным содержанием и вегетативным аккомпанементом эмоционального расстройства».

Ишемическая **болезнь сердца**

Одной из наиболее часто выявляемых форм поражения сердца является ишемическая болезнь сердца (ИБС). В соответствии с классификацией ВОЗ, к ИБС относят стенокардию напряжения и покоя, острую очаговую дистрофию миокарда, мелко- и крупноочаговый инфаркт миокарда.

Психическое здоровье и психические расстройства у больных ишемическои болезнью сердца интенсивно изучаются в нашей стране в последние 10 лет (Зайцев В.П., 1975—1999; Смулевич А.Б., 1988-1998; Карвасарский Б.Д., 1989-1997; Кабанов М.М., 1990; Тиганов А.С., 1994). Социальная эпидемиология свидетельствует о нарастающей частоте заболевания, ставшего одной из главных причин смертности населения цивилизованных стран. В некоторых районах нашей страны за последние 10 лет заболеваемость и смертность от инфаркта миокарда увеличились в 1,5—2 раза (Мазур Н.А., 1985). По заключению Всемирной организации здравоохранения, заболеваемость ишемическои болезнью сердца (ИБС) и инфарктом миокарда (ИМ) сейчас приняла характер эпидемии. По мнению многих авторов, этот процесс отражает социально-экономические преобразования XX века и рост информационных нагрузок, характерный для периода научно-технической революции. В многочисленных эпидемиологических работах приводятся убедительные свидетельства социальной обусловленности болезни (Рожанец Р.В., Копина О.С., Заржецкая А.А., 1987; Jenkins CD., 1983).

Современные эпидемиологические исследования свидетельствуют о самой тесной связи между риском развития ишемическои болезни сердца и такими факторами, как тревога и депрессия, нарушения сна и «реакции соматизации», о резком учащении стенокардии, инфаркта миокарда и случаев внезапной смерти при изменении социального окружения индивида (в частности, переезде из сельской местности в город) и напряженной профессиональной деятельности, о явной связи между обострением хронической коронарной недостаточности и нарастающей эмоциональной неустойчивости личности с необходимостью «интеллектуального контроля» своего поведения в соответствии с общепринятыми нормами (Perlman L. et al., 1971; Syme S., 1975; Jenkins C, 1976; JouveA. etal., 1980).

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) возникает при наличии условий, препятствующих обеспечению потребности сердечной мышцы в снабжении ее кислородом. В связи с развитой способностью неизменного коронарного русла увеличивать суммарный просвет и тем самым объем коронарного кровотока при интенсификации обмена миокарда считается, что основным условием формирования болезни должно быть изменение коронарных артерий с уменьшением их просвета и нарушением способности к адаптивной дилатации. Многочисленные патологоанатомические, коронарографические и клинические наблюдения показывают, что у подавляющего большинства больных ИБС изменение коронарного русла связано с атеросклерозом венечных артерий.

У кардиологов эволюция концепции психического статуса у больных ИБС происходит под влиянием трех объективных процессов: во-первых, роста общей смертности, обусловленного заболеваниями сердца и сосудов, на фоне субъективно оцениваемого психоэмоционального стресса (по шкале Рихтера 1,36 в 1988 г. и 1,63 в 1992 г.); во-вторых, развития фармакологии и появления новых лекарств (например, антидепрессантов — ингибиторов обратного захвата серотонина и антигипертензивных препаратов нового поколения); в-третьих, переноса акцента с психических осложнений в результате расстройств кровообращения, сопровождающихся гипоксией головного мозга, на исследование качества жизни кардиологических больных (Чазов Е.И., 1994).

Проблема качества жизни больных ИБС чрезвычайно многогранна, включает в себя такие аспекты, как клиническая симптоматика, снижение функциональных возможностей организма, индивидуально-типологические особенности личности, неудовлетворенность актуальной жизненной ситуацией и оценка пациентом изменений, которые произошли или могут произойти в его жизни. Ю.М.Губачев (1993) обращает внимание на то, что «постоянным и почти обязательным (за исключением редких случаев чрезвычайного соматического отягощения) условием развития болезни является длительное эмоциональное напряжение, формирующееся как результат взаимодействия личности и ее социального окружения».

Роль эмоционального напряжения в развитии сердечно-сосудистых заболеваний

Роль эмоций и эмоционального напряжения в развитии заболеваний сердца известна давно. Еще С.П.Боткин подчеркивал связь отрицательных эмоций с функцией миокарда. Важную роль эмоционального напряжения в формировании атеросклероза и ишемической болезни сердца отмечали известные клиницисты А.Л. Мясников (1969), Г.Ф.Ланг (1975), В.Х.Василенко (1981). В ряде исследований представлены убедительные доказательства ведущей роли нейрогенных факторов в развитии атеросклероза коронарных артерий и инфаркта миокарда (Чазов Е.И., 1975; Шхвацабая И.К., 1975; Stamlep, 1978; Jenkins, 1979; Хомуло П.С., 1982).

«Различного рода «излишества», — отмечают В.Д.Топодянский, М.В.Струковская (1986), — сопряженные с усиленной работой сердца (чрезмерное потребление алкоголя или кофе, продолжительное физическое или эмоциональное перенапряжение, бессонница и т.п.), не случайно фигурируют (наряду с депрессивными переживаниями) в качестве важнейших причин появления болезненных ощущений в области сердца даже при полном отсутствии каких бы то ни было нарушений в его деятельности».

В начале века английский терапевт В.Ослер описал условия жизни людей, у которых возникает грудная жаба: «Жизнь, полная напряжения, усиленная работой и огорчениями, по-видимому, предрасполагает к заболеванию грудной жабой... Деловые люди и лица свободных профессий, ведущие очень напряженную жизнь, слишком много едящие, пьющие и курящие, составляют значительный процент больных грудной жабой» (цит. по: Василенко, 1981). Многие исследователи считают, что профессиональные эмоциональные нагрузки также могут иметь существенное значение для возникновения ИБС. По данным П.С.Хомуло (1977), развитию инфаркта миокарда в 20—30—% случаев предшествовала острая психическая травма, а в 80% случаев — длительное психоэмоциональное напряжение.

Скрининговое эпидемиологическое обследование, проведенное в Москве среди мужчин в возрасте от 50 до 59 лет, выявило отчетливую взаимосвязь между ИБС и профессиональным психоэмоциональным напряжением (Метелица С.Л.,

1977). Доказана важная роль психоэмоционального напряжения в развитии внезапной смерти у больных ИБС (Мазур Н.А., 1985). Исследования, проведенные в Каунасе (Гоштаутас А. и соавт., 1983), показали, что в ряду факторов риска ИБС профессиональное психоэмоциональное напряжение занимает второе место и является более значимым фактором в поражении коронарного русла, чем курение и диастолическое артериальное давление, уступив место лишь такому фактору, как уровень холестерина.

Ни пожилой возраст как таковой, ни повышенное содержание жиров в ежедневном рационе, ни курение или другие так называемые факторы риска не имеют сами по себе столь существенного значения в патогенезе инфаркта миокарда, как постоянная аффективная напряженность с полным отсутствием релаксации: хроническое беспокойство без эмоциональной или физической разрядки, «перенапряжение психической сферы, ее переутомление и в особенности ее угнетение в результате отрицательных эмоций», способных вызвать различные неприятные ощущения в прекордиальнои области даже у «совершенно здорового, но впечатлительного человека» (Ланг Г.Ф., 1958). Важнейшими факторами риска ишемической болезни сердца оказываются в действительности «неудовлетворенность жизнью и трудности межличностных отношений» (Jenkins C, 1976), невротические реакции и расстройства сна, состояния депримированности и тревоги с тенденцией к гипертрофированно «мужскому» поведению (подавление эмоциональных реакций, принципиальная невозможность проявления страха и депрессии, которые скрываются за маской юмора и нарочитой бодрости в любой ситуации) (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986).

В 95—96% случаев в основе развития инфаркта миокарда лежит атеросклероз коронарных артерий (Хомуло П.С, 1982). Современные представления об атерогенезе далеки от решения многих сторон проблемы. Среди эндогенных условий формирования атеросклероза наибольшее значение придается возрастной перестройке сосудистой стенки, генетической отягощенности, нарушениям липидного метаболизма (увеличение содержания в крови холестерина, триглициридов, b-липопротеидов, насыщенных кислот), диабетоподобным изменениям углеводного обмена, склонности к гиперкоагуляции, артериальной гипертонии. В многочисленных исследо-

ваниях было показано, что при различных вариантах эмоционального стресса происходит изменение липидного метаболизма, процессов свертывания крови, активности ферментов сосудистой стенки, которые принято связывать с прогрессированием атеросклероза.

Эмоциогенная холестеринемия наблюдается в ситуациях экзаменационного испытания, при ожидании операции, просмотрах фильмов ужасов и др. Основным ее звеном является мобилизация неэстерифицированных жирных кислот из жировых депо, связанная с активацией симпатической нервной системы (Хомуло П.С, 1982). В эксперименте на животных и исследованиях на человеке автором было показано влияние эмоционального и психоэмоционального напряжения на физиологию желез внутренней секреции, симпатико-адреналовую систему, обмен холестерина и липопротеидов, состояние сосудистой стенки и развитие атеросклероза. На основании собственных данных и анализа исследований других лабораторий по проблеме сделано заключение, что рост заболеваемости атеросклерозом в большой мере обусловлен значительным повышением психоэмоционального напряжения у людей.

Однако атеросклероз — только анатомическая база ИБС. Проведенное сопоставление темпов развития и выраженности коронарного атеросклероза и частоты очаговых изменений миокарда на секции больных с полярно противоположными типами нарушения эмоциональности показало зависимость темпов нарастания тяжести атеросклероза, частоты ишемической болезни сердца, а также выраженности атерогенных сдвигов метаболизма и гемодинамики от характера патологического аффекта (Губачев Ю.М., Дорничев В.М., Ковалев О.А., 1993).

Психологические (личностные) факторы сердечно-сосудистыхзаболеваний

Изучению больных с патологией сердечно-сосудистой системы традиционно в литературе уделяется значительное внимание. Традиционные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (гиподинамия, курение, избыточный вес, гиперхолестеринемия, артериальная гипертония), как известно, объясняют лишь около 50% случаев сердечно-сосудистых заболеваний. «Множество злостных курильщиков с гиперхолистеренемией, артериальной гипертензией и поведением типа «А», — пишут В.Д.Тополянский и М.В.Струковская (1986), —

не испытывают никаких неприятных ощущений в области сердца, пока их жизненные претензии удовлетворяются в той или иной степени. Угроза острого эпизода ишемической болезни сердца возникает при этом лишь в том случае, когда они не могут решить очередную проблему и достаточно остро осознают свое бессилие... Опасность острой сердечно-сосудистой катастрофы чрезвычайно возрастает при ряде последовательных неудач, воспринимаемых индивидом как свидетельство своей полной несостоятельности в семейных, общественных или производственных отношениях» (феномен «выученной беспомощности»).

Кроме того, есть основания считать, что психологические переменные могут быть одной из причин появления этих классических факторов риска: депрессия может вести к гиподинамии, а невротические расстройства и тревога — к курению. В то же время исследование показало, что у 40% лиц с классическими факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний не было, а у определенного числа перенесших инфаркт миокарда не было этих факторов риска (Рожанец Р.В., Копина О.С, 1986). В последнее время все больше внимания уделяется другим, социально-психологическим, психологическим, в частности эмоциональным, факторам.

W.Osler впервые, еще в прошлом веке (1897), описал некоторые психологические особенности больных стенокардией и инфарктом миокарда, обращая особое внимание на их отличие от невротических субъектов и характеризуя этих людей как сильных, уверенных в себе, энергичных и честолюбивых. Ответственными за развитие у таких пациентов дегенеративных изменений артерий он считал эмоциональные перегрузки, которые испытывает человек в беспокойстве и напряжении повседневной жизни.

Изучение личностной типологии больных различными соматическими заболеваниями позволило F.Danbar (1948) выделить и описать «коронарный личностный тип» как агрессивно-компульсивный, со стремлением много времени проводить на работе и завоевывать авторитет. Больные ишемической болезнью сердца характеризуются, по мнению автора, крайней степенью подавления внутренних побуждений, что приводит к постоянному эмоциональному напряжению. Самопобуждение к интенсивной деятельности, самодисциплина, развитое чувство ответственности, скрытность, способ-

ность контролировать свои эмоции — вот то, что, по мнению автора, отличает больных ишемической болезнью сердца. Уже в юности эти лица мечтают сделать карьеру, они честолюбивы и стремятся получить полное образование. В дальнейшем они всецело отдаются работе и уделяют ей большую часть времени. В социальных конфликтах эти люди хотят доминировать, в коллективе они обычно занимают лидирующее положение. В спорах энергичны, стараются во что бы то ни стало настоять на своем, сказать последнее слово. Разговаривают громко, речь их хорошо интонирована. Такие люди важное значение придают сексуальной сфере и пользуются успехом у лиц противоположного пола. В отношении к детям и жене они ведут себя покровительственно, злые отцы и не очень внимательные мужья. Для них характерны импульсивность, агрессивность, враждебность. Они живут будущим, обычно глядя вперед с оптимизмом, могут долго и упорно работать, не думая об отдыхе. Планы и проблемы они стараются держать в себе, никого в них не посвящая. Внерабочие интересы этих лиц преимущественно связаны со спортом, более спокойным хобби является коллекционирование. Довольно скептическое отношение к религии сочетается с интересом к философии. F.Danbar подчеркивает также способность этих людей быстро принимать решения, без задержки отвечать на вопросы, умение дорожить временем. Эмоциональные конфликты «коронарного личностного типа» часто связаны со стремлением к доминированию во всех социальных сферах.

«Сизифов тип», выделенный рядом авторов (Friedman M., Rosenman R., 1959; Бобкова В.В., 1970), отличает лиц с нарушениями сердечно-сосудистой системы и представляет собой сочетание качеств, способствующих достижению успеха в деятельности и карьере. По мнению авторов, этот тип характеризуется постоянным стремлением к достижению поставленной цели, настойчивостью в соревнованиях, стремлением к признанию и продвижению, привычкой к ускорению жизненного темпа, отсутствием удовлетворения от завершения работы и неумением отдыхать. Ц.Кемпл (1945) также отметил агрессивность, амбициозность, выраженную физическую и эмоциональную энергичность больных ИБС. По мнению автора, эти больные неспособны к распределению ответственности, а свою энергию и мысли направляют к достижению цели в русле своей карьеры.

Наиболее обобщенную характеристику указанным клиническим наблюдениям придали кардиологи Р.Г.Розенман и Г.Фридман (1970). Помимо личностных особенностей (чрезмерная вовлеченность в многочисленные виды деятельности, соперничество, стремление к успеху, признанию и руководству, агрессивность, часто скрытая, нетерпеливость), они отметили у лиц, склонных к ИБС, быстрый, усиленный слышный вдох воздуха, эксплозивные интонации голоса, подчеркивание определенных слов в предложениях, напряжение мускулатуры лица и тела, частое сжимание кулаков во время разговора, постоянную тенденцию к ускорению хода обычной беседы путем обрыва высказываний собеседника или его подбадривания говорить быстрее фразами: «понял, понял», «да, да» до того, как он закончил свою мысль. Лиц, обладающих чрезмерной выраженностью и числом этих особенностей, авторы условно назвали типом «А», в отличие от лиц сбалансированных, уравновешенных, которых они назвали типом «Б».

Описывая поведение лиц типа «А» во время структурированного интервью, Г.Фридман пишет: «Бросается в глаза не столько сущность ответов на вопросы, сколько сама манера их поведения. Обращает внимание характерная мимика, голосовая интонация, движение рук и ног. Лицо напряжено и враждебно, глаза бегают, часто мигают, колени постоянно в движении, пальцы рук постукивают. Речь сопровождается заглатыванием воздуха, облизыванием губ, киванием головой. При разговоре они спешат и перебивают речь собеседника. Ответы чаще крайние, категоричные: «всегда», «никогда». Жесты направлены для принуждения собеседника к доминированию в разговоре. В споре они или не дают сказать слова собеседнику, или пропускают его слова мимо ушей, т.е. не хотят вникнуть в суть мысли оппонента, и снова повторяют свои тезисы. Думают не о том, что говорит партнер, а о том, что ему ответить. Жестикулируя, часто сжимают кулаки, используют неподходящие ругательства, крикливо и громко смеются» (цит. по: Положенцев С.Д., Руднев Д.А., 1990).

В дальнейших исследованиях американские кардиологи R.Rosenman с соавт. (1975) показали, что в однородной по социальному и возрастному составу группе мужчин те из них, кто отличается амбициозностью и честолюбием, способностью энергично добиваться продвижения по службе, постоянной занятостью на работе и дома, нетерпеливостью, ощуще-

нием нехватки времени, агрессивностью, неумением и нежеланием отдыхать (тип «А»), заболевают инфарктом миокарда значительно чаще, чем те, кто являет собой пример добродушия, неторопливости и меньшей конкурентноспособности (тип «Б»). Особенно значительными эти различия оказались в возрасте 39—49 лет. Р.Г.Розенман (1981) тип «А» охарактеризовал следующим образом: «Это комплекс деятельности и эмоций, проявляемый многими индивидуумами, вовлеченными в хроническую борьбу для достижения неограниченного числа приобретений из окружающего за кратчайший период, не считаясь с другими обстоятельствами и людьми». Лиц типа «А» отличает спешка, нетерпение, беспокойство, постоянно напряженная лицевая мускулатура, чувство нехватки времени и переживание ответственности. Идентификация больных со своей работой, со своей профессией столь сильна, что ни для чего иного времени у них уже не остается. Подобную одержимость работой Petzold (1978) объясняет тем, что больные лучше ориентируются в направленном на достижение социального успеха мире профессии, чем в личном, семейном мире, чью межличностную близость они не могут переносить.

Изучением психологических особенностей больных ИБС занимался также А.Гоштаутас (1981), который, в частности, описывал поведенческие черты типа «А» следующим образом: «Они более торопливые, ускоряющие темп жизни, например, они быстрее других едят и заканчивают первыми». И.Е.Ганелина (1977) при анализе анамнестических данных больных инфарктом миокарда отметила их высокую активность, увлеченность работой, высокий уровень притязаний и заостренное честолюбие.

Поведение типа «А» положительно коррелировало с симпатической гиперактивацией (Keys A., 1975), со степенью атеросклеротической облитерации коронарного русла (Zuzanski S.I., Jenkins CD., Ryan XL, 1976), повышенным уровнем липидов крови (Blumental I.A., Williams R.B., Kong Y.K., 1978), а также с предшествовавшими клиническими проявлениями ИБС (Williams R., 1980).

Характеристика лиц, относящихся к типу «А», дает основание предполагать наличие у них на протяжении длительных отрезков времени доминирующих мотиваций, которые являются, с одной стороны, движущей силой, определяющей их активность, с другой — фактором, вызывающим длительное

эмоциональное напряжение. Об этом свидетельствуют «неумение» отдыхать, отсутствие положительных эмоций после завершения работы, активное и гиперактивное состояние симпатико-адреналовой системы и системы гипофиз-кора надпочечников. M.Friedman и соавт. (1972) считают, что лица типа «А» имеют функциональные нарушения гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы.

Таким образом, особенности поведения людей типа «А» хорошо согласуются с физиологической характеристикой лиц, находящихся в ситуации постоянного эмоционального напряжения.

В последующем многими исследователями уточнялись поведенческие и психологические характеристики типов «А» и «Б». Определяющими чертами «типа А» оказались не столько чрезмерная поглощенность делами, сколько наличие сильного мотива соперничества, нетерпеливость и враждебность (Mertens C, 1984; Shekelle R.B., Hulley S., Neaton J., 1983). С.Д.Положенцев и Д.А.Руднев (1990) высказали утверждение о том, что поведенческий тип «А» — это не законченная модель личности и не личностная черта, а, скорее, поведенческий стереотип, которым данные люди реагируют на различные жизненные ситуации. Были выделены такие важные компоненты поведения типа «А», как скорость и нетерпение, вовлеченность в работу, сильная мотивация в достижении поставленной цели, соревновательность и враждебность (Jenkins С. et al., 1978). Наиболее сильным предиктором возникновения новых случаев ИБС были враждебность и ощущение нехватки времени.

В дальнейшем было показано, что отдельно взятые характеристики типа «А», такие, например, как вовлеченность в работу, нехватка времени и стремление к достиждению цели, не коррелировали с инциденцией ИБС, если они не были связаны с враждебностью, соревновательностью и нетерпением (Matthews et al., 1978).

Определенный интерес представляют также исследования Глаcе и Карвер (1980). Эти авторы проверяли устойчивость к стрессу и формированию обученной беспомощности у лиц типов «А» и «Б». Оказалось, что для типа «А» чрезвычайную личностную значимость имеет чувство контроля над ситуацией в каждый данный момент. Лучший способ вызвать у них фрустрацию — это поставить их в условия, когда они не в силах кон-

третировать события... У них вырабатывается более стойкая и глубокая обученная беспомощность, по мнению авторов, именно потому, что утрата контроля над собственной судьбой и ситуацией в целом для них более болезненна. Следовательно, при определенных стрессирующих обстоятельствах тип «А» дает более выраженный «отказ от поиска»; причем можно предполагать, что чем выше до этого момента была поисковая ак- 1
тивность, тем тяжелее такой отказ скажется на состоянии здоровья (Ротенберг B.C., Аршавский В.В., 1984).

В ряде проспективных наблюдений были получены и негативные данные, не подтвердившие связи поведения типа «А» с возникновением ИБС (Appels A., Mulder P., Vant H., 1985; Jenkins CD., 1983; Shekel! R.B., Hulley S., Neaton J., 1983). Комментируя эти данные, C.Jenkins пишет, что связь заболевания с поведением типа «А» и, вероятно, с другими психосоциальными факторами, может быть либо менее устойчивой, либо более сложной, чем предполагалось ранее.

Подводя итог обзору литературы по изучению личностных особенностей больных ИБС, Ю.М.Губачев и др. указывают на несомненную значимость установления достоверных связей между личностными характеристиками, сочетающимися с длительной эмоциональной напряженностью, не находящей разрешения в действии, и тяжело протекающими формами ишемической болезни сердца.

На основании изучения соучастия различных патогенных факторов, определения среди них основных по относительному удельному весу автор считает возможным выделение ряда вариантов развития психогенных расстройств системы кровообращения:

1. *При ситуационном варианте* (первично-психогенном) условия жизни могут столь жестко и длительно воздействовать на человека, что даже развитые возможности защитного резерва (личностного и биологического) не оградят от формирования органических следствий избыточного активирования сердечно-сосудистой системы.

2. *При личностном варианте* главным инструментом формирования патологии является резко деформированная, нередко психопатоподобная личностная структура, которая обусловливает затяжной, гипертрофированный и извращенный тип психологического реагирования на жизненную обстановку, а также воссоздает конфликтную ситуацию своим

отношением к окружению. В результате происходит становление хронизированного эмоционального стресса. К этому варианту можно отнести и развитие болезни через определенные привычки (курение, алкоголизм, переедание), имеющие личностную обусловленность.

3. *При психопатологическом варианте* определяющими факторами становятся генотипические особенности центрального аппарата эмоций, которые формируют эндогенные аффективные психозы, циклотимическую конституцию, вегетативно-аффективную неустойчивость, проявляющиеся длительными вегетативными нарушениями.

4. *При церебральном варианте* исходным является органическое заболевание мозга или его последствия, которые резко нарушают функционирование приспособительных механизмов мозга, способствуют формированию патологических эмоций и астенических состояний.

5. *Биологический вариант* предполагает дефектность регуляторных и исполнительных механизмов (сердце, сосуды, эндокринная система, сосудодвигательные центры мозга и т.д.) различного (генетического, врожденного или приобретенного) происхождения, которое обусловит развитие заболевания даже при гармоничной личностной структуре или благополучно складывающейся жизни.

Психические нарушения при заболеваниях сердца

Стенокардия

Поведение больных может быть различным в зависимости от формы стенокардии, однако во время приступа чаще всего возникает испуг, достигающий иногда состояния выраженного страха. Отмечается двигательное беспокойство со стремлением встать и ходить либо неподвижность, опасение сделать хотя бы какое-то движение (Коркина М.В., Иванов В.Л., 1988).

Во внеприступный период характерны снижение фона настроения с неустойчивостью аффекта (эмоциональная лабильность), повышенная раздражительность, нарушения сна, который становится тревожным, поверхностным, нередко сопровождается тягостными, устрашающими сновидениями, ранним пробуждением от чувства тревоги. Характерно также легкое возникновение астенических реакций, немотивированно появляющихся состояний боязливости и тревоги. До-

вольно часто развиваются также повышенная ранимость, обидчивость, состояние внутренней напряженности. Возможны истероформные особенности поведения с нарастающим эгоцентризмом, стремлением привлечь к себе внимание окружающих, вызвать их сочувствие и участие, склонность к демонстративное™. Возможны эксплозивные реакции, в ряде случаев приступы дисфории. Нередки фобические состояния, преимущественно в виде кардиофобии с постоянным ожиданием очередного приступа и страхом перед ним.

Психические расстройства, возникающие вследствие острой сердечной недостаточности, могут выражаться синдромами нарушенного сознания, чаще всего в форме оглушенности и делирия, характеризующегося нестойкостью галлюцинаторных переживаний (Бачериков Н.Е., 1989).

Инфаркт миокарда

Психические нарушения при инфаркте миокарда систематически стали изучать в последние десятилетия (Равкин И.Г., 1957, 1959; Урсова Л.Г., 1967, 1969). Описаны депрессивные состояния, синдромы нарушенного сознания с психомоторным возбуждением, эйфория. Нередко формируются сверхценные образования.

В остром периоде может возникать безотчетный страх смерти, достигающий особой выраженности при нарастающих болях. Характерны тревога, тоска, беспокойство, чувство безнадежности. Нередко бывают проявления гиперестезии, когда больные не переносят любые внешние воздействия, порой самые незначительные: их раздражают даже негромкая речь, легкое прикосновение мягкого белья, неяркий свет.

Резкое двигательное хаотического характера возбуждение, сопровождающееся элементами спутанности сознания, определяется как эректильный шок (Равкин И.Г., Курапова Г.Н., 1959). Двигательное возбуждение может протекать на фоне выраженного оглушения, постепенно приобретая характер субкоматозного возбуждения.

Резко подавленное настроение, безотчетный страх, тревога, чувство нарастающей катастрофы могут встречаться и в остром периоде инфаркта миокарда, и при отсутствии болевого синдрома, а иногда быть предвестником его.

При безболевой форме инфаркта миокарда часто внезапно возникает состояние тревоги, тоски; депрессивное состояние

при этом может напоминать витальную депрессию, что особенно характерно для лиц пожилого возраста.

Тревожная депрессия, возникающая во время болевого приступа инфаркта миокарда, опасна возможностью суицидальных действий. При ухудшении состояния тоскливо-тревожная симптоматика может смениться эйфорией, что также может быть весьма опасно в силу неадекватного поведения больного.

В остром периоде инфаркта миокарда возможно возникновение состояний помраченного сознания в виде оглушения разной степени выраженности, начиная от обнубиляции и кончая стопором и комой. Могут наблюдаться делириозные изменения сознания, а также сумеречные расстройства сознания, что особенно характерно для пожилых людей, у которых инфаркт миокарда развивается на фоне имеющихся гипертонической болезни и церебрального атеросклероза. Расстройства сознания, отмечаемые при инфаркте миокарда, обычно непродолжительны (длятся несколько минут, часов, реже несколько суток).

При мелкоочаговом инфаркте миокарда развивается выраженный астенический синдром со слезливостью, общей слабостью, иногда тошнотой, ознобом, тахикардией, субфебрильной температурой тела. При крупноочаговом инфаркте с поражением передней стенки левого желудочка возникают тревога, страх смерти; при инфаркте задней стенки левого желудочка наблюдаются эйфория, многоречивость, недостаточность критики к своему состоянию с попытками вставать с постели, просьбами дать какую-либо работу. В постинфарктном состоянии отмечаются вялость, резкая утомляемость, ипохондричность. Часто развивается фобический синдром — ожидание боли, страх повторного инфаркта, боязнь подниматься с постели в тот период, когда врачи рекомендуют активный режим.

В.Д.Тополянский, М.В.Струковская (1986) считают, что вопрос о подлинной частоте и роли аффективных нарушений в клинике инфаркта миокарда остается открытым в связи с отчетливой тенденцией к диссимуляции, обнаруживаемой у многих из этих больных. Более или менее выраженная тревога, отмечают авторы, в которой признаются, по J.Quiret (1976), лишь 38% больных, выявляется практически в подавляющем большинстве наблюдений. Очевидный для окружаю-

щих «уход в болезнь» с гиперболически-пессимистической оценкой своего состояния оказывается основным типом реакции на патологический процесс в остром периоде инфаркта миокарда. Непсихотические психопатологические расстройства (обычно астено-депрессивные или тревожно-депрессивные состояния со сверхценными ипохондрическими представлениями и «уходом в болезнь» констатируют у 67,4 (4,9%) больных с постинфарктной аневризмой сердца и 43,4 (3,6%) больных без нее (Урсова Л.Г., 1973).

Астено-невротический синдром, нередко доминирующий в клинической картине, регистрируют у 79,4% лиц, перенесших инфаркт миокарда в молодом возрасте (Аронов Д.М., 1975). «Уход в болезнь» особенно часто встречается при истинном или ошибочно диагностированном мелкоочаговом поражении сердечной мышцы без недостаточности кровообращения.

Явные депрессивно-ипохондрические расстройства, возникающие как в принципе обратимая фобическая реакция в связи с приступом стенокардии или в остром периоде инфаркта миокарда, ложатся в основу стойкой невротизации, определяемой болезнью, т.е. по существу ипохондрического развития личности при уже вполне удовлетворительном соматическом состоянии пациентов.

Тоскливость, депрессивность, о которой говорят, по J.Quiret (1976), лишь 41% больных, развиваются при этом у подавляющего большинства пациентов и отмечаются практически во всех случаях состояний невротического круга в клинике инфаркта миокарда (Урсова Л.Г., 1973).

Чрезвычайная частота «реактивной депрессии» и ее особая (порой фатальная) роль в течении и исходе инфаркта миокарда вынуждают ставить вопрос о необходимости скрывать ил» во всяком случае смягчать по возможности сопряженные с ним опасности, о недопустимости «запугивания» больного этим диагнозом. Даже самая оптимистическая картина заболевания и благоприятный (с точки зрения терапевта) его прогноз не исключают возможности социальной инвалидизации вследствие невротизации личности. Именно массивная неврозоподобная симптоматика оказывается нередко основной или даже единственной причиной задержки выздоровления таких больных и их социальной инвалидизации (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986).

Порокисердца

Психические нарушения возникают также при пороках сердца, на что указывали В.М.Банщиков, И.С.Романова (1961), Г.В.Морозов, М.СЛебединский (1972). При ревматических пороках сердца В.В.Ковалев (1974) выделил следующие варианты психических расстройств:

1. Пограничные (астенические), неврозоподобные (неврастеноподобные) с вегетативными нарушениями, церебрастенические с легкими проявлениями органической церебральной недостаточности, эйфорическим или депрессивно-дистимическим настроением, истероформные, астеноипохондрические состояния; невротические реакции депрессивного, депрессивно-ипохондрического и псевдоэйфорического типов; патологическое развитие личности (психопатоподобное).

2. Психотические (кардиогенные психозы) — острые с делириозной или аментивной симптоматикой и подострые, затяжные (тревожно-депрессивные, депрессивно-параноидные, галлюцинаторно-параноидные).

3. Энцефалопатические (психоорганические) — психоорганический, эпилептиформный и корсаковский синдромы.

Врожденные пороки сердца часто сопровождаются признаками психофизического инфантилизма, астенического, неврозо- и психопатоподобного состояний, невротическими реакциями, задержкой интеллектуального развития.

У больных, оперированных по поводу ревматических пороков сердца, обычно наблюдаются жалобы на головную боль, головокружение, бессонницу, онемение и похолодание конечностей, боль в области сердца и за грудиной, удушье, быструю утомляемость, одышку, усиливающуюся при физическом напряжении, слабость конвергенции, снижение корнеальных рефлексов, гипотонию мышц, снижение периостальных и сухожильных рефлексов, расстройства сознания, чаще в виде обмороков, указывающие на нарушение кровообращения в системе позвоночных и базиллярных артерий и в бассейне внутренней сонной артерии.

Психические расстройства, возникающие после кардиохиРУргического вмешательства, являются следствием не только Церебрально-сосудистых нарушений, но и личностной реакции. В этой связи В.А.Скумин (1978, 1980) выделил «кардиопротезный психопатологический синдром», часто возникаю-

щий при имплантации митрального клапана или многоклапанном протезировании. Вследствие шумовых явлений, связанных с деятельностью искусственного клапана, нарушения рецептивных полей в месте его вживления и расстройства ритма сердечной деятельности внимание больных приковано к работе сердца. У них возникают опасения и страхи о возможном «отрыве клапана», его поломке. Угнетенное настроение усиливается к ночи, когда шум от работы искусственных клапанов слышен особенно четко. Только днем, когда больной видит рядом медицинский персонал, он может уснуть. Вырабатывается отрицательное отношение к активной деятельности, возникает тревожно-депрессивный фон настроения с возможностью суицидальных действий.

В.В.Ковалев (1974) в неосложненный послеоперационный период отмечал у больных астеноадинамические состояния, сенситивность, преходящую или устойчивую интеллектуально-мнестическую недостаточность. После операций с соматическими осложнениями нередко возникают острые психозы с помрачением сознания (делириозный, делириозно-аментивный и делириозно-онейроидный синдромы), подострые абортивные и затяжные психозы (тревожно-депрессивный, депрессивно-ипохондрический, депрессивно-параноидный синдромы) и эпилептиформные пароксизмы.

Психотерапия в системе комплексного леченая больных с психосоматическими нарушениями сердечно-сосудистойсистемы

Если психотерапия, проводимая с больными неврозами, основанная на концепции отношений личности В.Н.Мясищева (1960), носит преимущественно патогенетический характер, то психотерапия с больными психосоматическими заболеваниями по преимуществу симптоматическая, направленная на коррекцию эмоционально-негативных состояний. В системе комплексного лечения больных психосоматическими заболеваниями широко применяются такие методы, как аутогенная тренировка, прогрессивная мышечная релаксация, медитативные техники, релаксационная дыхательная гимнастика, адаптивное биоуправление, а также в некоторых случаях рациональная психотерапия (Губачев Ю.М., Дорничев В.М., Смелкова Л.А., 1988; Карвасарский Б.Д., 1985; Гоштаутас А.А., Крищунайте Р.И., 1981; Зайцев В.П., Лебе-

дев В.Б., 1984; Шхвацабая И.К., Аронов Д.М., Зайцев В.П., 1978; Ташлыков В.А., 1984; Буль П.И., 1974). С помощью указанных методов можно воздействовать на страх, астению, депрессию, ипохондрию (Карвасарский Б.Д., 1985).

Помимо указанных методов, в клинике внутренних болезней, правда в незначительном количестве случаев, используются различные методы личностно-ориентированной групповой психотерапии (Wrresniewski K., 1974; Katzenstein A., 1979; Гоштаутас А.А., Крищюнайте Р.И., 1981; Дакнис Р.Л., 1982; Алексоне И.А. и др, 1983). Приводятся данные о положительном результате применения поведенческой терапии у больных с психосоматическими заболеваниями (Wolpe J., 1980). Основным в этом случае является преодоление зафиксированной тревоги. Приводятся также данные об использовании гипнотерапии при ишемической болезни сердца (Буль П.И., 1974).

«Психотерапия, — пишут Ю.М.Губачев, В.М.Дорничев, О.А.Ковалев, — вместе с социальной помощью и трудовой терапией является важной частью реабилитации больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда (Николаева Л.Ф., Аронов Д.М., 1988). Реабилитация этих больных, по мнению авторов, должна начинаться возможно раньше, уже в остром, активном периоде заболевания. В этом случае она носит характер «осторожной» психотерапии, направленной на одобрение больного, поддержание в нем уверенности не только в выздоровлении, но и в восстановлении трудоспособности и социального положения в семье и других коллективах. Очень важно в это время, чтобы в палате не оказалось клинически и психологически несовместимых больных, чтобы свести к минимуму отрицательное влияние их друг на друга, чтобы эмоциональный климат вокруг больного был положительным.

На последующем этапе больному предоставляется известная самостоятельность в самообслуживании, общении, решении несложных вопросов. Постоянная опека и система «командования-запрещения» медицинского персонала вредны, так как они способствуют внушению больному установки на беспомощность, внутрибольничную инвалидность, уход в болезнь. С пациентом следует постоянно говорить о его планах на будущее, о работе, о семье, о книгах, друзьях и т.д., соблюдая в то же время меру и постепенность.

Следующий этап заключается уже в полном включении больного в самообслуживание, а в дальнейшем — в тренинго-

вую терапию и лечение занятостью. Для этих целей в последние годы все шире используют эстетотерапию, музыкотерапию, библиотерапию, драматическое искусство и многое другое из области культуры, искусства и творчества.

Негативное отношение многих авторов к модификации поведения типа «А» объясняется прежде всего тем, что в современных развитых странах именно оно нередко приводит к успеху, помогает сохранить работу, повысить уровень доходов. Поэтому часто попытка изменить его поведение вызывает к человека тревогу и гнев, а возвращение к привычному поведению — снижение напряжения. Часто считают, что поскольку лица, имеющие стенокардию и перенесшие инфаркт миокарда, более мотивированы к изменению поведения типа «А», го разумнее заниматься вторичной профилактикой.

Для того чтобы устранить перенапряжение, завышенные требования к себе и сохранить положительные качества, суммарную продуктивность деятельности, можно, по мнению П.П.Урванцева (1998), отказаться от идеализации деловых качеств лиц с поведением типа «А» и рассматривать поведение типа «Б» не как негативную альтернативу, а как способность работать с высокой эффективностью, но более психологически экономно и в соответствии со своими реальными возможностями. «Иначе говоря, — замечает автор, — надо различать пиц с поведением типа «Б» и людей с недостаточной целеустремленностью и требовательностью к себе. При таком подхоіе легче убедить людей с поведением типа «А» в необходимости перестроить поведение. Кроме того, не следует требовать полной его перестройки, достаточно изменить психологические реакции на относительно менее существенные для личности дела и ситуации».

Л.П.Урванцев считает, что при этом нет надобности поощрять фезмерную деятельность, множественную активность с постоянной эмоциональной напряженностью во вред здоровью. Повышенный риск не оправдан ни по гуманистическим, ни по экономическим соображениям (Положенцев С.Д., Руднев Д.А., 1990). Действительно, стремление к совершенству во всех делах в каждое мгновение — перфекционизм — рассматривается в лигературе в качестве дезадаптивной, невротической черты.

Наиболее разработанной считается когнитивно-бихевиоэальная, или социально-когнитивная психологическая корэекция поведения типа «А». Пациентов прежде всего обучают

распознавать, в каких ситуациях они ведут себя по типу «А» и какие представления и установки приводят к такому поведению. Затем пациент заключает с самим собой контракт (соглашение): он должен произвольно уменьшить количество патогенных отрицательных реакций на окружение. Поскольку считается, что поведение типа «А» проявляется только в определенных ситуациях, пациент учится по возможности их избегать или реконструировать. Кроме того, пациентам рекомендуется произвольно менять темп своей речи, ходьбы, уменьшать с помощью самоинструкций число других проявлений поведения типа «А» (например, «говори спокойнее»). Наконец, пациенты обучаются аутогенной тренировке и другим методам психической релаксации (Языкова Т.А., Зайцев **В.П.,** 1990).

Язвенная болезнь

Пептическая язва характеризуется состоянием изъязвления мембраны желудка (по малой кривизне) или двенадцатиперстной кишки, достигающего мышечного слоя и возникающего в областях, доступных воздействию желудочного сока и пепсина. Язвенная болезнь возникает как следствие процесса диссоциации между факторами защиты и агрессии слизистой.

К язвенной болезни может приводить *неспецифический стресс,* который обусловливает гиперактивность желудка и гиперсекрецию пепсина, в результате чего и формируется язва. Специфические теории выдвигают на первое место формирование характерного бессознательного конфликта при хронической фрустрации значительно выраженной у язвенной личности потребности в зависимости. Потребность в заботе и ласке вызывает хронический бессознательный голод с физиологически устойчивой вагусной активностью с гиперсекрецией желудочного сока, что может быть особенно опасным для лиц, генетически предрасположенных к язве (Сидоров П.И., Парняков А.В., 2000).

Роль психологических факторов в формировании язвенной болезни

Язвенная болезнь традиционно относится к группе психосоматических заболеваний, в патогенезе которых важную роль играют психологические особенности больных и, в частнос-

ти, особенности эмоционального реагирования, структура и содержание *внутриличностного конфликта* (Губачев Ю.М., 1976). Внутриличностный конфликт складывается из фрустрированной потребности в эмоциональных привязанностях и компенсаторного лидерства в социальных отношениях (Рысс Е.С., ЩербаН.Н., Соловьева С.Л., 1986). Авторы подчеркивают роль ранней эмоциональной депривации в формировании патологического стереотипа эмоционального реагирования.

Дефектность первичного *эмоционального опыта* с отсутствием глубоких и длительных эмоциональных привязанностей связана с неблагоприятными взаимоотношениями в *родительской семье*. Исследование М.М.Орловой, С.В.Фроловой (1996) показало, что для большинства гастроэнтерологических больных характерно наличие проблем в семье, подавление потребности в глубоких эмоциональных отношениях. Отмечены также фрустрация аффилиативной потребности и потребности в независимости, с чем связаны трудности общения, конфликтность, склонность к внешнеобвинительным реакциям с фиксированностью на защите «Я», вследствие чего не формируются конструктивные способы разрешения межличностных проблем, возможно компенсаторное стремление к лидерству в социальных отношениях.

В литературе приводятся различные данные, касающиеся как преморбидных особенностей личности больных, условий их воспитания и формирования в специфической структуре взаимоотношений родительской семьи, так и психологических реакций на заболевание. Особенное внимание при этом уделяется эмоциональным факторам и связанным с ними дезадаптивным компонентам поведения.

Glatzel (1954), например, определяет язвенную болезнь как формирование тканевого дефекта желудка или двенадцатиперстной кишки, которое наступает в связи с определенными отягощающими ситуациями у людей, предрасположенных своей личностной структурой и биографией к специфической форме переработки переживаний с нарушениями со стороны желудочно-кишечного тракта. Возникшие таким образом дефекты он отграничивает от вызванных чисто соматическими факторами (ожогами, отравлениями, инфекциями и нарушениями проницаемости сосудистой стенки).

Б.Любан-Плоцца, В.Пельдингер, Ф.Крегер (1994) отмечают, что функции желудка, его моторика, кровоснабжение и

секреция тесно связаны с аффективным состоянием. Агрессивность и злоба, отмечают авторы, ускоряют прохождение пищи через желудок, страх или сильные эмоции замедляют его за счет пилороспазма. Под воздействием страха, нереализованного желания бежать, депрессивных мыслей или чувства отчаяния снижается секреция соляной кислоты, перистальтика и кровоснабжение желудка. Агрессивная среда, хронический страх и конфликтные состояния повышают желудочную секрецию и причиняют, если задерживаются, изменения слизистой, как при гастрите. Измененная таким образом слизистая в особенности ранима: уже незначительная травма может вызвать эрозию и вести далее к возникновению язвы за счет постоянного контакта с желудочным соком.

Не подлежит сомнению, что в развитии и в течении язвенной болезни большую роль играют нарушения центрально-нервных регуляторных механизмов (Быков К.М., Курцын И.Т.). Кортико-висцеральная теория патогенеза признана большинством отечественных и многими зарубежными учеными. По мнению Шмидта, Алина, Керна, Тулина (1954), В.Г.Ячнева (1961), желудочно-кишечный тракт представляет собой своеобразный резонатор эмоциональных возбуждений человека.

Существуют также концепции, интерпретирующие формирование язвенной болезни в связи с переживанием стресса. Стресс и тревога, вызванные различными неспецифическими конфликтами, могут обусловливать гиперактивность желудка и гиперсекрецию пепсина, в результате чего формируется язва. Подобные теории подтверждаются многочисленными экспериментами на животных. В отношении человека установлено, что пептические язвы обнаруживаются у всех личностных типов. Тем не менее попытки выявить какие-либо устойчивые личностные особенности, свойственные данным больным, не прекращаются.

Психологические особенности больных с нарушениями желудочно-кишечного тракта

Согласно концепции Ф.Александера, для возникновения расстройств желудочно-кишечного тракта имеют значение чувство зависимости, отказ от доминирующих орально-рецептивных потребностей из-за несовместимости их со стремлением личности к независимости и деятельности: хроническая фрустрация при выраженной потребности в зависимости фор-

мирует *характерный бессознательный конфликт.* Этот бессознательный конфликт перерастает в интенсивную орально-рецептивную потребность в зависимости, заботе и ласке, которая вызывает хронический бессознательный регрессивный голод или гнев. Подобная реакция проявляется физиологически устойчивой вагусной гиперактивностью, которая приводит к гиперсекреции желудочного сока, что особенно опасно для лиц, генетически предрасположенных к гиперсекреции желудочного сока. Описанное состояние может обусловливать развитие язвы. Этиологически важны генетические факторы, а также имеющееся органическое поражение или заболевание, например гастрит, который часто развивается в результате чрезмерного употребления кофеина, никотина или алкоголя.

Ф.Данбар считала, что язвенная болезнь развивается у чрезмерно реагирующих лиц, имеющих тенденции к чрезмерной зависимости, вытесненные склонности к самоповреждению. Overbeck, Biebl (1975) описывают «психосоматического» язвенного больного как невыразительную личность с бедной фантазией, своеобразно ригидную и механистичную в образе жизни и объектных отношениях, производящую чувство полной пустоты отношений, которая в окружающих ее людях видит лишь саму себя и при специфических нагрузках и кризисах, связанных преимущественно с потерей объекта, привычно реагирует психосоматически.

В зарубежной психоаналитической литературе различают пассивный и гиперактивный типы язвенного больного. *Пассивный язвенный тип* склонен к субдепрессивному фону настроения и прямо, открыто выражает свою потребность в зависимости. Язвенный приступ наступает, когда «бессознательные или сознательные желания зависимости встречают отказ» (Freyberger, 1972). При пассивном типе бессознательный страх быть покинутым стоит на первом плане и ведет к постоянному напряжению. Эти лица ищут обстоятельства и людей, которые «не могут» их покинуть. Каждое сомнение (отсутствие любящего взгляда, например) может вызывать паническую реакцию. Шаги к самостоятельности и независимости не предпринимаются. Вся жизненная стратегия больного заключается в том, чтобы быть защищенным.

Этот зависимый, пассивный язвенный тип происходит из семьи, в которой он был избалован очень заботливой матерью. Больной остается с желанием защиты и помощи сильно

привязанным к материнской фигуре, в то время как отец может лишь занять положение, когда его признают. Loch (1963) описывает неспособность некоторых больных учиться «выстоять в конкуренции с отцом», «найти признание и подтверждение себя как мужчины». Поскольку при выборе партнера больные руководствуются своей потребностью в защищающей заботе, то мужчины этого типа часто выбирают в жены тип своих матерей.

При гиперактивном язвенном типе сильные желания зависимости отвергаются больными, которые оказываются вследствие этого в хронической фрустрирующей ситуации. По F.Alexander (1934), сознательная установка этих больных выражается следующим образом: я успешен, деятелен, продуктивен; я каждому даю, я помогаю другим людям, беру на себя ответственность, охотно забочусь о других, занимаю лидерскую позицию и являюсь ориентированной на себя и даже агрессивной личностью. Одновременно в бессознательном мы находим в точности противоположную установку чрезмерно сильной потребности в помощи, зависимости и любви. Гиперактивный тип лишен покоя, он агрессивно преследует свою цель, компенсаторно стремится к независимости и постоянно находится в поисках доказательств своей силы. Этот тип ищет успеха, но в целом неуспешен, поскольку предметом его стремлений являются признание себя и престиж.

Непосредственная зависимость деятельности желудочно-кишечного тракта от аффективного статуса индивида, к настоящему времени доказанная рентгенологически, позволяет В.Д.Тополянскому и М.В.Струковской (1986) говорить о довольно распространенном типе людей с особой *гастроинтестинальнойлабильностью* (четкой тенденцией к определенному «орган-диалекту»); по мнению авторов, не только тягостное переживание, но и любая (положительная или отрицательная) эмоция вообще накладывает у них заметный отпечаток на функции пищеварительной системы.

Широко исследуются эмоциональные особенности больных с нарушениями желудочно-кишечного тракта. Так, у больных с хроническими катарами желудка еще И.М.Сеченов и М.И.Аствацатуров замечали апатию, безразличие, наклонности к депрессивным и ипохондрическим реакциям, фобиям. Для больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, по их мнению, характерны неуравновешен-

ность, нетерпеливость, невыдержанность, вспыльчивость, повышенная реактивность, преобладание процессов возбуждения над тормозными (цит. по: Зюбан А.Л., 1972).

М.В.Черноруцкий (1949) к особенностям личности больных язвенной болезнью относит повышенную эмоциональную возбудимость, склонность к эмоциям тревоги, опасения и страха. И.Ф.Лорие (1959) отмечает у них такие черты, как] честолюбие, стремление к самоутверждению, мнительность, ипохондричность, замкнутость. В.П.Белов (1971) выявляет повышенную тревожность таких больных, раздражительность, гиперсоциальную исполнительность, утрированную приверженность морально-этическим стандартам, хорошую переключаемость и оперативность в работе, инертность эмоций. Т.А.Немчин (1974) отмечает астенические черты в сочетании с повышенной самооценкой, ответственным отношением к своим обязанностям, демонстрацией чувства долга, приверженности морально-этическим нормам.

М.В.Коркина и В.В.Марилов (1982) описывают у больных язвенной болезнью высокий уровень тревоги, невротические, в частности депрессивные, черты, склонность к образованию навязчивостей и к соматизации тревоги.

Польские авторы обращают внимание на то, что от здоровых больных с нарушениями желудочно-кишечного тракта отличает более выраженная тревога и чувство вины с элементами агрессии. Отмечается, что в своей профессиональной деятельности больные язвой желудка проявляют себя так же хорошо, как и здоровые, но у больных при этом обнаруживается тенденция к активному преодолению трудностей в сочетании с сильной внутренней тревогой (Вонторская-Товпик - цит. по: Рейковский Я., 1979).

А.Цишек, изучая больных с язвой толстой кишки в сравнении с больными бронхиальной астмой, приходит к выводу, что частота проявлений реакций тревоги и неспецифического напряжения в стрессовых ситуациях у больных язвой толстой кишки почти вдвое больше, чем у больных бронхиальной астмой. У больных язвой эмоциональная реакция сохраняется дольше, чем у астматиков.

Ю.М.Губачев и Е.М.Стабровский (1981) у больных язвенной болезнью отмечают психастенические черты, склонность к пониженному настроению. При выделении *системы психосоматического конституционального риска* язвенной болезни

было обнаружено, что такая система из числа психологических факторов включает в себя, в частности, такие особенности поведения, как подчеркивание степени стрессированности с тенденциями брать на себя устранение препятствия к достижению цели (Симаненков В.И., 1980).

К преморбидным особенностям личности больных с патологией желудочно-кишечного тракта Ю.М.Губачев относит такие особенности эмоциональности, как раздражительность, пониженное настроение с оттенком мрачности и угрюмости, а также такие социально-психологические характеристики, как замкнутость и сенситивность.

Психологические реакции на формирование язвенной болезни

Предпринимались многочисленные попытки, не претендуя на выявление и анализ стабильных личностных черт, какой-либо специфической констелляции признаков, описать психологические и психопатологические реакции, наиболее часто встречающиеся при формировании язвенной болезни.

В соответствии с представлениями большинства авторов, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки нередко сопровождается либо депрессией, апатией, либо ощущением **страха** перед болями и формированием ракового поражения, «уходом в болезнь» (Рысс СМ., Рысс М.С., 1975). При быстром нарастании симптомов заболевания, таких как желудочные кровотечения, прогрессирующее падение массы тела, резкое снижение трудоспособности, В.П.Белов (1968) описывает нарастание тревоги, беспокойства, мучительное чувство безысходности. При медленном течении заболевания характерно преобладание вялости, апатии, депримированности, при утяжелении состояния — тревога и отчаяние (Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К., 1976).

Неспецифический язвенный колит

Неспецифический язвенный колит представляет собой хроническое воспалительное изъязвление толстого кишечника, при котором обычно наблюдается кровавый понос. Это заболевание связано с образованием множественных язв преимущественно в дистальных отделах толстого кишечника (в

нисходящей толстой и сигмовидной кишке). Формы течения весьма различны: тяжелое хроническое течение, периодические приступы, нарушения, годами остающиеся нераспознанными. Значительную роль в образовании язвенного колита играют наследственные факторы. Склонность к частым обострениям и прогрессированию болезни определяется наличием таких психологических черт, как рано формирующееся в онтогенезе депрессивное состояние, повышенная робость, застенчивость, неуверенность в себе.

У лиц с хроническим воспалением и язвами толстого кишечника преобладают *компульсивные личностные черты* (Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994; Сидоров П.И., Парняков А.В., 2000). Эти больные опрятны, любят порядок; они пунктуальны, свой гнев выражают весьма сдержанно. Ф.Александер полагает, что у таких личностей ключевым фактором также является фрустрированная потребность в зависимости. Агрессивные тенденции по отношению к объекту своей зависимости приводят при этом к бессознательному чувству вины и тревоги, которые «облегчаются» кровавым поносом. У 60% больных обострению предшествуют депрессивно окрашенные переживания, связанные с действительной или воображаемой потерей объекта (Freyberger, 1969). По Weizsaecker (1951), манифестация и обострение страдания коррелируют с «катастрофами переживания».

Больные чаще происходят из семей с *симбиотической структурой отношений,* в которых вообще мало говорят о чувствах. У этих пациентов низкая самооценка, и они весьма чувствительны к собственным неудачам. Больные предпочитают межличностные отношения, которые дают им опору в жизни *{«ключевые фигуры»)*. Потеря отношений с ключевой фигурой переживается ими на бессознательном уровне как угроза собственному существованию. В социальных стрессовых ситуациях потери отношений, а патогенными могут оказаться смена привычного окружения или изменения на работе, становится возможной манифестация язвенного колита. Заболевание, по мнению БЛюбан-Плоцца, В.Пельдингра, Ф.Крегера (1994), может рассматриваться как эквивалент реакции печали.

Freyberger (1969) считает характерными для больных колитом инфантильность, склонность к депрессивным реакциям, нарциссизм и заблокированную агрессию. Таким лицам недостает в первую очередь сознательного переживания связан-

ных с агрессией и конфронтацией эмоций и соответствующих активных форм поведения. Больные часто также стремятся к успеху при сниженных физических возможностях.

Так как больные отвергают свои эмоциональные переживания, они неспособны к рациональной переработке потерь или расставаний. Marty, De M'Uzan (1963), Junker (1972) описывают связь между склонностью к соматизации и «эмоциональной неграмотностью» или *«аффективной незрелостью»*.

В соответствии с представлениями других авторов, при неспецифическом язвенном колите на фоне астении нередко выступает картина тоскливого недовольства, тревожности, излишней акцентуации внимания на болезненных ощущениях (Белов В.П., 1968). Тревога усиливается после акта дефекации с примесью крови (Виш И.М., Мелькумова М.А., 1973). У таких пациентов выражен страх и опасения по поводу собственного состояния здоровья и благополучия близких (Holub, Karubska, 1971). Больные замкнуты, нерешительны (Jores, 1969).

В случаях тяжелого хронического течения постоянно присутствует страх перед дальнейшими страданиями, страх смерти, а также чувство безнадежности и отчаяния. При наличии истощения больные тусклы, безучастны к окружающему, обеспокоены отправлениями кишечника, в связи с чем опасаются выходить из дома. В дальнейшем — черты апатии, покорность судьбе (Целибеев Б.А., 1972). У части больных описывается преобладание пониженного, тревожного с депрессивным или дисфорическим оттенком настроения, которое сопровождается переживаниями собственной неполноценности, несостоятельности, дефектности (Климов Б.А., 1975).

При хронических спастических колитах с волнообразным течением, чередованием запоров и поносов отчетлива астения (Масевич Ц.Г., 1975). На фоне астении выступают сниженность настроения, повышенная эмоциональность, а также навязчивые страхи отправления кишечника при пребывании вне дома (Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К., 1976). Frayberger (1969) считает характерными для больных колитом инфантильность, готовность к депрессивным реакциям, нарциссизм и блокированную агрессию. По его мнению, больным недостает сознательного переживания агрессии и соответствующего поведения. При сниженных физических возможностях они часто стремятся к успеху.

Хронические запоры наблюдаются по большей части у анксиозных и депрессивных, внешне спокойных, но внутренне напряженных, малообщительных и неуверенных в себе пациентов (Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., 1994). Alexander (1951) обозначил их установку следующим образом: «Я ничего не могу ожидать от других и поэтому могу им ничего не давать; я должен удержать то, что у меня есть». Фрейд описывал триаду признаков, отличающих на его взгляд, таких пациентов: это упрямство, любовь к порядку и бережливость, либо такие их крайности, как: нетерпимость, педантизм и скупость.

Таким образом, при всем разнообразии описаний эмоционально-личностной сферы лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта большинство исследователей отмечают как наиболее характерные астено-депрессивные черты, повышенную тревожность и ипохондричность, озабоченность соматическими функциями. Среди социально-психологических характеристик таких пациентов выделяется их социальная нормативность, приверженность морально-этическим нормам. При анализе эмоциональных нарушений делается акцент на чрезмерной открытости больных стрессогенным воздействиям, их повышенной чувствительности и ранимости, психологической уязвимости, незащищенности либо на их склонности к аффективно-застойным переживаниям, ригидности и однонаправленности эмоциональных реакций.

Эмоциональные внутрисемейные взаимоотношения больных язвенной болезнью

При изучении психологических факторов в патогенезе язвенной болезни особое внимание обращает на себя нарушение эмоциональных компонентов межличностных отношений больных. Это выражается в повышенной потребности в эмоциональных связях, с одной стороны, и, с другой стороны, в сниженной способности эти эмоциональные связи принимать и поддерживать, в частности, в недостаточности эмпатической способности. Избегая глубоких эмоциональных взаимоотношений, требующих сопереживания и эмпатического чувствования, больные предпочитают как более безопасное общение поверхностное, носящее преимущественно формальный характер. При этом недостаток эмоциональных связей в значительной части случаев компенсируется интенсивной профессиональной деятельностью (Щерба Н.Н., Соловьева С.Л., 1986, 1988).

Анамнестические данные позволяют авторам проследить становление подобных эмоциональных взаимоотношений у больных язвенной болезнью. Общей отличительной особенностью этих отношений у больных язвенной болезнью является наличие в родительской семье первичной эмоциональной депривации, т.е. раннего ограничения в эмоциональных связях и недостаточного удовлетворения потребности в привязанности и поддержке. Если это ограничение относится к первым годам жизни ребенка, то, как правило, впоследствии наблюдается раннее возникновение заболевания в молодом, юношеском возрасте, с более тяжелым его течением. Особенная злокачественность течения болезни отмечается в тех случаях, когда родительские семьи характеризуются конфликтностью, напряженностью, алкоголизмом кого-либо из их членов, холодностью и недоброжелательностью взаимоотношений. Эмоциональные связи в таких семьях не формируют у ребенка чувства защищенности, безопасности, лишают его ощущения поддержки и взаимопонимания.

При более поздних нарушениях внутрисемейных контактов связанная с ними эмоциональная депривация оказывает на личность менее выраженное деформирующее воздействие. В этом случае язвенная болезнь возникает в более позднем возрасте и характеризуется сравнительно более благоприятным течением с меньшим количеством обострений и осложнений.

Недостаточность эмоциональной привязанности в раннем возрасте приводит к трудностям в дальнейшей социальной адаптации, нарушая снабжение жизненным опытом, создание широкого репертуара моделей поведения межличностного общения. Ранние эмоциональные контакты являются основой для развития всех последующих взаимоотношений, на которые они накладывают своеобразный отпечаток амбивалентности: неудовлетворенная потребность в эмоциональной привязанности в сочетании с недоверием и негативизмом переносятся в дальнейшем на всю сферу межличностного общения.

Своеобразие эмоциональных отношений при этом связано с трудностями адекватного отражения, осознания и внешнего выражения больными своих чувств, эмоциональных переживаний (алекситимические черты), а также понимания чувств окружающих людей. Ощущение неадекватности в переживаниях и эмоциональных взаимоотношениях сопровождается

фиксацией на них. Одновременно обедняются эмоциональные реакции на не связанные с актуальным психическим состоянием события. Своеобразная эмоциональная доминанта с преимущественным переживанием ограниченного диапазона впечатлений сужает тот круг явлений реальной действительности, который может стать значимым в жизненном опыте. Таким образом, первичное нарушение эмоциональных отношений приводит к ограниченности вторичного, социального опыта, к односторонности процесса социализации, к недостаточности адаптационных и компенсаторных возможностей личности в системе межличностных взаимоотношений.

Формализованность, поверхностность и дистанцированность во внешних эмоциональных проявлениях наряду с длительным скрытым переживанием индивидуальной психологической проблематики становится устойчивым стереотипом эмоционального поведения. Формируется вторичная эмоциональная депривация — своеобразная социальная обособленность, невовлеченность в глубокие эмоциональные взаимоотношения с окружающими, обеспечиваемая соответствующим поведенческим стереотипом. Вторичная эмоциональная депривация субъективно проявляется в депрессивных состояниях: в чувстве подавленности и безнадежности, в утрате жизненной перспективы. Больные жалуются на одиночество, однообразие, потерю интереса к жизни, предъявляют разнообразную невротическую симптоматику: жалобы на бессонницу, головную боль, потерю аппетита и т.п.

Состояние вторичной эмоциональной депривации компенсируется периодическим предъявлением соматической симптоматики. Обострение язвенной болезни, служащей своеобразным регулятором эмоционального гомеостаза, приводит к стабилизации психического состояния. Возникающее в связи с заболеванием участливое, сопереживающее отношение к больному со стороны врачей, родственников, знакомых замещает истинные эмоциональные взаимоотношения, косвенно удовлетворяя потребность в эмоциональной привязанности, принятии и поддержке. При «обходном», суррогатном пути удовлетворения потребности через построение отношений на формальных основаниях межличностное эмпатическое взаимодействие подменяется сочетанием активной сопереживающей позиции врача и выраженных в большей или меньшей степени рентных ожиданий больного.

Для больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки характерна ориентация на производственные и социальные достижения. Компенсация осуществляется преимущественно в профессиональной деятельности. Постоянная занятость решением производственных проблем в определенной степени позволяет ограничиваться в межличностных отношениях регламентированными формальными связями. Потребность в более глубоких эмоциональных контактах отвергается как незначимая. Сохраняется состояние эмоциональной депривации, которое позволяет избегать ситуаций, обнаруживающих уязвимость сформированных отношений.

Как правило, соответствующий стиль воспитания в родительской семье с первых лет жизни ориентирует на исполнение определенной статусной социальной роли, формирует такие социально-психологические черты личности, как обязательность, ответственность, формализованная приверженность долгу и морально-этическим нормам, непомерное честолюбие. Эмоциональная сфера таких пациентов характеризуется повышенной тревожностью, излишней напряженностью, чрезмерным самоконтролем. Состояние декомпенсации возникает при попытке на формальном уровне решить проблемы, требующие глубокого эмоционального взаимодействия, например при попытке наладить неблагополучные семейные взаимоотношения теми же способами, какими решаются конфликты в производственном коллективе.

Таким образом, своеобразная система отношений больных язвенной болезнью с неразвитостью или искаженностью ее эмоциональных компонентов и недостаточной способностью к приобретению и ассимиляции жизненного опыта ограничивает возможности реализации и компенсации личностных свойств. За пределами этих ограничений появляется угроза дезадаптации личности и декомпенсации соматического заболевания.

Э.Г.Эйдемиллер и В.В.Юстицкий (1990) отмечают, что к настоящему времени выделено 7 профилей личности, обусловливающих не только сам факт развития язвенной болезни, но и ее хронизацию, а также клинические особенности течения. Авторы останавливаются лишь на тех личностных профилях, формирование которых в наибольшей степени связано с функционированием родительской и супружеской семей. Это, во-первых, «тиранический пациент», который ха-

растеризуется слабым «Эго», внутренней зависимостью от окружения и в то же время — интенсивным страхом перед этой зависимостью. Как гиперкомпенсаторная реакция в поведении у него выступает стремление к тираническому подавлению окружающих со вспышками агрессивности в случае неудач, а также, в ряде случаев, склонность к алкоголизации.

Во-вторых, выделяется тип личности с психопатическими чертами характера, или «неврозом характера», с компульсивно-депрессивными чертами и тенденцией к постоянному «рассеиванию» агрессивного напряжения на окружающих - «язвят» окружающих ироническими замечаниями, выражают постоянное недовольство, брюзжат и т.д.

Больные язвенным колитом чаще происходят из семей с симбиотической структурой отношений, в которой мало говорят о чувствах. У них низкая самооценка, они очень чувствительны к своим неудачам и стремятся к зависимости и опеке. Поэтому потеря отношений с ключевой фигурой переживается ими как угроза собственному существованию. Иногда это заболевание рассматривается как своеобразный эквивалент реакции печали (Урванцев Л.П., 1998). Инфантильность как следствие неправильного воспитания из-за симбиотических отношений в семье считается характерной для данных больных.

Психологические и патопсихологические реакции на заболевание могут дополняться разнообразными психопатологическими феноменами, возникающими на различных этапах развития болезни.

Психические нарушения при заболеваниях пищеварительного тракта

Заболевания органов пищеварения занимают второе место в общей заболеваемости населения, уступая лишь патологии сердечно-сосудистой системы (Бачериков Н.Е., 1989).

Нарушения психических функций при патологии пищеварительного тракта чаще ограничиваются заострением характерологических черт, астеническим синдромом и неврозоподобными состояниями. Гастрит, язвенная болезнь и неспецифический колит сопровождаются истощаемостью психических функций, сенситивностью, лабильностью или, напротив, торпидностью эмоциональных реакций, гневливостью, склонностью к ипохондрической трактовке болезни, канцерофобии.

Теснейшая взаимосвязь между желудочно-кишечными и депрессивно-ипохондрическими расстройствами известна с далекой древности (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986). Утверждения больных о возможности у них злокачественного новообразования отмечаются в рамках сверхценных ипохондрических и паранойяльных образований. Жалобы на ухудшение памяти обычно связаны с расстройствами внимания, обусловленными как фиксацией на ощущениях, вызванных основным заболеванием, так и депрессивным настроением.

В целом, в соответствии с представлениями В.П.Белова, В.В.Ковалева, Г.К.Ушакова, тенденции развития неврозоподобных расстройств при спастическом колите, пептической язве, новообразованиях желудочно-кишечного тракта сохраняют ту же направленность, что и при гипертонической болезни, хотя при этом и выявляются некоторые специфические особенности. Ведущим механизмом невротического развития при этих заболеваниях, по мнению В.П.Белова, является постепенное усложнение ситуационно-соматогенных расстройств с вычленением и «застыванием» центрального синдромологического звена, определяющего клинический вариант аномалий личности.

Раздражительная слабость или другие признаки психической астении со временем становятся привычной формой реагирования, устойчивой особенностью поведения больных. Цепная реакция в конечном счете завершается врастанием в структуру личности астенических черт (астеническое развитие). Больные обращают на себя внимание обостренной раздражительностью, суетливыми, быстрыми движениями, торопливостью, неравномерным темпом речи, высокой отвлекаемостью. Они с трудом переносят психическое напряжение, страдают бессонницей и часто жалуются на забывчивость и ослабление умственной работоспособности.

В ряде случаев клиника астенического развития принимает иной оттенок: на первый план выступают явления повышенной тормозимости, такие как нерешительность, тревожность, переживание чувства неполноценности, обостренная впечатлительность. При этом стойкими оказываются канцерофобические расстройства. У лиц эмоционально ригидных и склонных к сверхценным образованиям ипохондрический синдром легко приобретает паранойяльную структуру. Клиника патологических изменений личности при этом дополня-

ется сутяжно-кверулянтными установками, неприязненным отношением к медицинским работникам, переоценкой собственных способностей, аггравацией массивности расстройств.

В отдельных случаях основой патологического развития личности оказывается аффективно-возбудимый или истерический синдром. Во всех этих наблюдениях В.ГГ.Белову удалось проследить последовательное движение ситуационно-соматогенных и характерологических расстройств: 1) раздражительная слабость вместе с канцерофобическими мыслями и тревожно-беспокойным настроением; 2) сенситивность и-паранойяльность, сосуществующие с преходящими или стойкими ипохондрическими образованиями; 3) «застывание» невротических симптомов и психопатических реакций с относительно четким размежеванием синдромологических особенностей (раздражительная нетерпеливость, мимозоподобность и тревожность, сутяжно-предвзятое отношение к окружающим, обостренная эффективность и т.д.).

Таким образом, в ряде случаев имеет место нарастающая психопатизация личности, хотя первоначально картина болезни складывается из пограничных нарушений различного генеза. Эти формы В.П.Белов квалифицирует как патохарактерологическое развитие. Клинические наблюдения учат, что основой для психосоматического развития является не столько тип патологии (неинфекционный, инфекционный), сколько затяжное течение болезни (Ушаков Г.К., 1978).

Психотерапия больных язвенной болезнью

Обширная литература посвящена возможностям применения разнообразных видов и форм психотерапии при язвенной болезни: это прежде всего методы симптоматической психотерапии, такие как гипнотерапия, аутогенная тренировка. П.И.Буль (1955) после проведения курса гипнотерапии у 50 больных язвенной болезнью добился стойкой ремиссии у 32 пациентов, улучшения состояния — у 9 человек, и у 9 больных никаких изменений не отмечалось.

БЛюбан-Плоцца, В.Пельдингер, Ф.Крегер (1994) для пассивного личностного типа больных язвенной болезнью предлагают суппортивную форму терапии. Как отмечают авторы, больной должен иметь возможность выразить свою потребность в зависимости, не боясь негативной оценки врача. Если

ему не придется с чувством вины утаивать свои агрессивные побуждения, то он, возможно, будет воспринимать врача как положительскую родительскую фигуру и сможет говорить о скрывавшихся до этих пор страхах. Таким образом появится возможность вербализовать психологический конфликт и обсуждать проблемы на рациональном уровне.

Вовлечение семьи в терапевтический процесс способствует повышению эффективности психотерапии. Для этой цели Luban-Plozza предложил для психосоматических больных семейную конфронтацию. В целостной семейной структуре заболевший человек часто становится носителем семейных конфликтов. Как пишет автор, «оживление эмоциональных сил при семейной конфронтации может дать значительную экономию времени в лечении. Чем больше семья чувствует свою ответственность за помощь в лечении, чем больше больной чувствует себя понятым, тем больше шансов на выздоровление».

Вовлечение семьи в терапевтический процесс, отмечает автор, ценно еще и потому, что больные язвой часто имеют отягощенный в этом отношении анамнез; при этом отношения в семье, с партнером или детьми являются источником множественных конфликтов. Семейная конфронтация имеет также профилактический эффект, поскольку в известной мере способствует предотвращению психологического наследования готовности к язве, поскольку устранение трудностей взаимопонимания и внутрисемейных конфликтных ситуаций может предотвратить типичные для язвенного больного ранние нарушения взаимодействия у детей следующих поколений.

Семейная психотерапия, когда носителем внутрисемейных проблем выступает «тиранический пациент» (Э.Г.Эйдемиллер, В.В.Юстицкий, 1990), нацелена на осознание пациентом переживаемого им страха, ситуаций, в которых наиболее сильно возникает этот страх и гиперкомпенсаторно появляется стремление уйти от этих переживаний с помощью тиранического поведения. «Занятия должны проводиться, — отмечают авторы, — по принципу «здесь и сейчас» с использованием техник гештальттерапии. Пациент и его родственники используют технику «перевертышей», т.е. поочередно проигрывают роли «агрессивного» и «тиранического», а затем «испуганного» человека. Обсуждается аутентичность пребывания в этих полярных ролях.

Рассматриваемая психологическая проблема, как показывает наш опыт, формируется в родительской семье пациента, в которой либо оба, либо один из родителей обнаруживали стремление к доминированию и подавлению. Такое поведение родителей вызывало у их детей страх с дальнейшим формированием психологической защитной реакции в виде тирании. Зачастую актуализировалось гиперкомпенсаторное тираническое поведение в супружеской семье пациента. Семейная психотерапия должна способствовать повышению эмпатии у членов семьи и созданию альтернативных стандартов взаимодействия (Minuchin S., 1974).

В случае, когда объектом семейной психотерапии становится пациент с психопатическими чертами характера, или «неврозом характера», «рассеивание» пациентом агрессивных эмоций создает негативное отношение к нему самому со стороны членов семьи и других лиц. Эта негативная реакция еще больше форсирует у пациента стремление проявлять агрессию, т.е. формируется «порочный круг». Для его преодоления показано применение техники «конструктивного спора» (метода «честной борьбы») G.Bach-S.Kratochvil.

Существуют также исследования, в которых раскрываются возможности групповой патогенетической психотерапии. Групповую патогенетическую психотерапию с больными язвенной болезнью применяли А.Штейн (1955), А.Л.Гройсман (1998).

Патогенетическая психотерапия больных язвенной болезнью

Психотерапевтическая коррекция нарушенных отношений должна быть направлена на развитие прежде всего эмоциональных компонентов отношений больных (Щерба Н.Н., Соловьева С.Л., 1988). Эффективным способом такой коррекции является групповая патогенетическая психотерапия, разработанная с позиций материалистической психологии, и прежде всего психологии отношений (Мясищев В.Н., Карвасарский Б.Д.).

Необходимость применения метода групповой патогенетической психотерапии в системе комплексного лечения больных язвенной болезнью диктуется существенной ролью психологических факторов в этиопатогенезе язвенной болезни, в особенности деформирующим воздействием эмоциональной депривации на межличностные и значимые внутриличностные

отношения больного, а также искажением полоролевых образцов поведения в сфере межличностного взаимодействия, что требует для их эффективной коррекции социоцентрического подхода. Групповая психотерапия позволяет воздействовать на отношения личности через поведенческие компоненты этих отношений, которые могут выражаться, например, в трудностях общения, межличностного функционирования, т.е. в трудностях и проблемах «с другими и для других».

Методика групповой патогенетической психотерапии в системе комплексного лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки была разработана Н.Н.Щербой, С.Л.Соловьевой. Восстановление нарушенных отношений в процессе психотерапевтической работы с больными язвенной болезнью, в соответствии с разработанной авторами методикой, осуществляется путем воздействия на все основные компоненты этих отношений: познавательный, эмоциональный и поведенческий в условиях психотерапевтической группы, работа которой строится на использовании закономерностей групповой динамики, с ориентацией на максимальную стимуляцию активности каждого из ее участников и предоставление возможности корригирующих эмоциональных переживаний.

Основой групповой патогенетической психотерапии с больными язвенной болезнью служат методические формы и приемы, разработанные на основании многолетнего опыта работы института им. В.М.Бехтерева и изложенные в соответствующих методических рекомендациях.

Характерные черты соматического, психологического и социально-психологического статуса больных язвенной болезнью исключают психотерапевтическую работу с ними в той форме, в какой она проводится при неврозах и требуют введения некоторых ограничений и дополнений в соответствии со спецификой больных.

Особенностью психотерапевтической работы с больными язвенной болезнью является возможность эмоциогенной провокации обострения заболевания с проявлением клинической симптоматики, что делает невозможным, главным образом на начальных этапах работы группы, использование методических приемов, связанных с переживанием чрезмерного эмоционального напряжения (длительное молчание в группе, создание стрессовых ситуаций, излишняя конфрон-

тация, обострение взаимоотношений и т.п.). Вследствие тесной спаянности соматических и эмоциональных процессов у больных с психосоматическими нарушениями ответом на эмоциогенную провокацию является манифестация симптома: при обсуждении значимой темы на первом этапе работы группы боль в эпигастрии может возникнуть непосредственно в процессе занятия.

Другой особенностью больных является наличие у них устойчивого социального статуса, соответствующих ему стереотипов поведения, ограничивающих диапазон актуализации личностных свойств, обеспечивающей сохранение границ этого диапазона, своеобразной «психологической защиты» со склонностью к оппозиции, критическими установками и недоверием, для преодоления которых недостаточно одной только доброжелательности и готовности терапевта оказывать эмоциональную поддержку и помощь в решении актуальных проблем.

Этими особенностями больных определяется в самом начале работы тактика терапевта в руководстве группой. Наряду с сохранением доброжелательности и готовности к эмоциональному «принятию» каждого члена группы необходимо также поддерживать определенный уровень напряжения, стимулирующий конструктивную динамику развития взаимоотношений. При этом критическим замечаниям, проявлениям недоверия и тревоги со стороны больных противопоставляется уверенность психотерапевта в их творческих возможностях и положительных результатах проводимого лечения.

Включение больных в работу психотерапевтической группы требует также предварительного объяснения целей и задач проводимых занятий, мотивации к участию в них. В частности, одним из способов мотивации может быть объяснение возможных взаимосвязей между способом эмоционального реагирования, с одной стороны, и возникновением и динамикой соматического заболевания — с другой. После подобных разъяснений предлагаемые занятия в большинстве случаев воспринимаются как тренинговые, помогающие при необходимости смягчать остроту эмоциональных переживаний, и принимаются больными. Формированию устойчивой мотивации к занятиям в группе может также служить обращение с просьбой объяснить и обосновать их желание или нежелание

участвовать в работе группы, а также высказать свое отношение к предлагаемому способу лечения.

Как правило, согласие всех участников при положительном отношении большинства к психотерапевтическому лечению и демонстрации ими сходных психологических проблем помогает установить в группе атмосферу доверия и доброжелательности. Сохранение доверительных отношений и эмоционального контакта в группе является важнейшей задачей на начальном этапе ее работы. В атмосфере доброжелательности, снижающей напряжение и тревогу, связанную с ожиданиями больных в ситуации неопределенности, групповое общение провоцирует актуализацию прежнего эмоционального опыта и прошлых стереотипов межличностных взаимоотношений, что служит исходным материалом первых обсуждений.

В процессе развития взаимоотношений между членами группы, объединенными совместной деятельностью, решаются терапевтические задачи, направленные на коррекцию эмоциональных компонентов в системе отношений больных.

В соответствии с целью психологической коррекции значимых эмоциональных отношений больных язвенной болезнью психотерапевтическая работа с ними должна быть направлена на решение следующих задач:

- развитие способности больных к эмоциональному взаимодействию, в частности, повышение эмоциональной чувствительности, уровня эмпатических способностей, адекватности отражения и выражения собственных переживаний и чувств;
- выявление и анализ индивидуальной психологической проблематики каждого члена терапевтической группы в связи с характерным для него стереотипом переживания и поведения;
- расширение диапазона поведенческих реакций с преодолением ригидных дезадаптивных стереотипов и формированием адекватного каждой личности эффективного стиля поведения и эмоционального реагирования.

При этом работа с больными различными формами язвенной болезни должна строиться с учетом их характерных психологических особенностей. Больные язвенной болезнью желудка, эмоциональные связи которых имеют преимущественно формальные основания и отличаются поверхностностью и высокой избирательностью, ориентируются в процессе психотерапии на повышение искренности и спонтанности эмо-

ционального поведения. Индивидуализированность эмоциональных реакций, их свободное и искреннее проявление служат основой для установления более глубоких неформальных межличностных контактов.

Если психотерапия больных язвенной болезнью желудка акцентирует экспрессивную сторону эмоциональных отношений этих больных, то психокоррекционная работа с больными язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в большей степени касается рецептивной стороны контактов и требует прежде всего преодоления стереотипов эмоционального восприятия и эмоциональных реакций (навязанного в детстве стереотипа социального ролевого поведения), изолирующих и дезадаптирующих личность за пределами адекватных этим реакциям ситуаций.

При работе с данными больными особое внимание уделяется повышению эмоциональной чувствительности в межличностном взаимодействии. Адекватность эмоционального восприятия в общении и формируемая на ее основе адекватность собственного эмоционального поведения избавляет личность от необходимости пользоваться фантомными стереотипами, развивая ее способность к творческому построению межличностных контактов.

Решение терапевтических задач, как показывает опыт, эффективнее в группе, включающей больных различными формами язвенной болезни, поскольку они демонстрируют друг другу разные образцы поведения. Реализация поставленных задач определяется не только адекватностью психотерапевтического воздействия, но и наличием у больного — объекта этого воздействия — определенных соматических и психологических ресурсов. В связи с этим на участие в группе вводятся соответствующие ограничения.

При формировании психотерапевтической группы учитывается соматическое состояние включенных в ее состав больных (они должны находиться в фозе ремиссии), их желание принимать участие в занятиях, возможности личностной саморегуляции и компенсации каждого пациента. Поскольку психотерапия, адресуясь ко всей личности, затрагивает все ее структуры и системы, поскольку коррекция эмоциональных компонентов отношений неизбежно сопровождается изменением связанных с ними поведенческих и когнитивных компонентов, то всесторонний учет психологических характери-

стик больных является необходимым как непосредственно при проведении психотерапевтических занятий, так и на стадии отбора вероятных участников группы.

На основании этого даже при выраженной зависимости обострений язвенной болезни от актуализации личностной проблематики больного отсутствие у него необходимых для коррекции нарушенных отношений личности психологических ресурсов ставит под сомнение целесообразность участия в работе психотерапевтической группы. Перестройка эмоциональных отношений с разрушением стереотипных форм поведения и неспособностью формирования новых, более адекватных способов самореализации может привести к дезадаптации личности. Абсолютным противопоказанием к участию в занятиях является обострение язвенной болезни, а также психопатические черты в структуре личности пациентов.

В пожилом возрасте стереотип поведения и эмоционального реагирования является более ригидным, в связи с чем снижаются компенсаторные и адаптивные возможности личности. Поэтому нецелесообразно включение в группу лиц пожилого возраста (старше 60 лет). Также нецелесообразно привлечение больных с чрезмерно низким интеллектуальным уровнем.

Решение о включении каждого пациента в группу принимается после индивидуальной беседы с ним совместно лечащим врачом и психологом. Предварительно психологом проводится индивидуальная диагностика внутриличностной и межличностной психологической проблематики, типа дезадаптивной психологической защиты, используемых копинг-стратегий, компенсаторных возможностей больного. Участие врача желательно в проведении группы: наряду с возможностью контроля за соматическим состоянием больных оно может выполнять самостоятельную терапевтическую роль.

Общими факторами психотерапевтического воздействия при работе с больными язвенной болезнью являются: эмоциональный контакт и взаимная поддержка членами группы друг друга; преодоление социальной отчужденности, связанной с фиксацией на заболевании; катартическое переживание эмоций и коррективный эмоциональный опыт; предоставляемая друг другу обратная связь и конфронтация с собственной психологической проблематикой; получение новой информации и формирование новых социальных навыков.

В процессе работы психотерапевтической группы между ее членами складываются взаимоотношения, развитие которых определяет групповую динамику. В развитии взаимоотношений между больными — членами психотерапевтической группы — можно выделить три основные фазы.

Первая фаза групповой динамики характеризуется пассивностью и зависимостью больных от психотерапевта, наличием у больных сохраняющихся в течение начального периода критических установок, предъявлением ими стереотипных форм поведения и эмоционального реагирования. Все члены психотерапевтической группы нуждаются в постоянной мотивации к участию в ее работе. Одной из основных задач психотерапевта на данном этапе является завоевание доверия группы. Предоставляемая им информация дает возможность всем пациентам найти для себя рациональное объяснение происходящему на занятиях групповому взаимодействию и своему участию в нем. Одновременно с этим стимулируется развитие эмоциональных контактов в группе, формирование атмосферы взаимопонимания и взаимной поддержки.

Занятия целесообразно структурировать. Вступительная часть каждого занятия на данном этапе развития групповых взаимоотношений включает в себя упражнения, связанные с тренировкой понимания невербального поведения окружающих людей и развитием способности выражения своих чувств и мыслей невербальными способами. Например, дается задание изобразить то или иное чувство или состояние так, чтобы партнер по общению правильно его понял (радость, печаль, гнев, страх, обиду, сочувствие, равнодушие, усталость и т.п.). Предлагаются также различные способы общения членов группы друг с другом без помощи слов: передать сообщение или договориться о чем-либо («разговор через стекло»), последовательные действия с воображаемым предметом, передаваемым членами группы друг другу и т.д.

После выполнения заданий проводится их обсуждение, анализируются причины удачного или неудачного выполнения тех или иных упражнений, степень взаимопонимания между членами группы. Как правило, вступительная часть занятия дает материал для последующей групповой дискуссии, в ходе которой начинает раскрываться индивидуальная психологическая проблематика каждого больного. Она может послужить поводом для включения в занятие психодраматических этюдов на

затрагиваемые входе обсуждения темы. Выявленные на первом этапе групповой психотерапии особенности поведения и эмоционального реагирования становятся в дальнейшем материалом для интерпретации в течение всего времени работы группы.

Во *второй фазе* развития взаимоотношений в группе происходит постепенное повышение активности и самостоятельности больных. На основе материала, предоставляемого групповым общением (психогимнастика, выполнение заданий на невербальное общение, разыгрывание психодраматических этюдов, групповая дискуссия) они стремятся интерпретировать поведение каждого члена группы в связи с его устойчивыми личностными особенностями.

Важная дополнительная информация может быть получена на данном этапе при использовании метода проективного рисунка. Рисунок на заданную тему выполняется членами группы как индивидуально, так и всей группой в процессе совместной деятельности. Темами индивидуального проективного рисунка могут быть: «какой я есть, каким меня видят окружающие, каким я хотел бы быть», «мужчина, женщина, я сам», «моя семья», «дом, в котором я хотел бы жить» и т.п.

Для группового выполнения можно предложить нарисовать лес или город, где изображение каждым участником каких-либо деталей рисунка, взаимосвязи отдельных частей конструируемого совместно образа, а также взаимодействие членов группы в процессе деятельности позволяют полнее оценить весь диапазон поведенческих реакций каждого, выявить характерные для него формы межличностного общения, способы эмоционального переживания и поведения.

Ослабление психического напряжения и тревоги в этот период работы группы сопровождается повышением спонтанности в эмоциональных реакциях и высказываниях больных, ослаблением личностного контроля. В связи с этим обсуждение психологической проблематики может провоцировать межличностные конфликты. Обострение и дифференциация отношений между членами группы на данном этапе закономерны и, несмотря на внешнюю драматичность, дают положительный терапевтический эффект: способствуя «эмоциональной разрядке», отреагированию эмоций, выражение которых не входило в рамки прежнего поведенческого стереотипа, они также сопровождаются повышением искренности в выражении членами группы чувств по отношению друг к другу.

Поведение психотерапевта должно обеспечивать при этом необходимое равновесие между факторами конфронтации и взаимной поддержки членами группы друг друга. Важной психотерапевтической задачей является формирование у больных адекватных способов реагирования на конфронтацию со стороны окружающих. Отношение психотерапевта в этом плане должно служить возможной моделью поведения, на которую могли бы ориентироваться члены группы, и включать в себя как ответные реакции, выраженные в социально допустимой форме, не затрагивающей личность больного, и носящие конструктивный характер, так и сохранение доброжелательности и готовности к общению.

Эффективные способы реагирования членов группы в ситуациях обострения внутригрупповых контактов также должны поощряться психотерапевтом и, получив дальнейшее развитие в процессе групповой динамики, служить опорой при формировании адекватного новым отношениям стиля поведения.

С появлением новых конструктивных компонентов в эмоциональных отношениях больных тем не менее сохраняется определенная зависимость их выражения от тактики психотерапевта в руководстве группой. Пассивная позиция психотерапевта, как правило, ведет к ослаблению рабочего напряжения, к установлению неглубоких доброжелательных взаимоотношений, преимущественно направленных на коррекцию группой отдельных поведенческих реакций кого-либо из пациентов. Несоответствие подобного поверхностного и в достаточной степени формального стиля занятий достигнутому в группе уровню взаимоотношений может побудить членов группы к агрессии в адрес психотерапевта или обращению к нему за помощью.

Третья фаза развития группы — фаза обсуждения и коррекции эмоциональных отношений больных с реконструкцией на их основе целостной системы отношений и формированием адекватных поведенческих компонентов. Активное и искреннее участие всех членов группы в постановке и поиске путей решения актуальных для больных проблем сопровождается, с одной стороны, развитием глубоких эмоциональных связей между ними и, с другой стороны, повышением самостоятельности и ответственности каждого из участников занятий. В отдельных случаях кто-либо из больных может брать на себя роль помощника психотерапевта и успешно направ-

лять конструктивную работу группы.

Основной формой психотерапевтических занятий становится дискуссия, направленная на выявление связей актуальной психологической проблематики каждого больного с устойчивыми свойствами и особенностями его личности, с одной стороны, и, с другой стороны, с преимущественными способами эмоционального реагирования и поведения. Обращается внимание не только на анализ значимых отношений, характеризующих личность, столкновение которых с несовместимой с ними жизненной ситуацией может служить источником нервно-психического напряжения, но и на пути формирования этих отношений, а также способы их реализации.

Сходство в психологическом статусе и проблематике больных наряду с наличием индивидуальных вариаций, связанных с различиями в образовании, характере жизненного опыта, акцентуации личности и другими факторами, служит основой для взаимопонимания и взаимных корригирующих воздействий. Глубина этих воздействий, терапевтический потенциал группы определяются опытом ее взаимоотношений, в частности, уровнем эмоциональной чувствительности, развитием эмпатии, способности к установлению и сохранению эмоциональных связей, к адекватному выражению чувств и переживаний. Таким образом, в процессе обсуждения значимых проблем пациентов, требующего актуализации эмпатических компонентов межличностного взаимодействия, обнаруживается возросший уровень развития эмоциональных отношений больных.

Средняя частота, продолжительность и количество занятий всецело зависят от условий их проведения. Возможность эмоциогенной провокации обострения заболевания исключает проведение патогенетической психотерапии в условиях стационара. В условиях санаторно-курортного лечения 20—22 сеанса групповой психотерапии ежедневно, продолжительностью от одного до полутора часов, будут более эффективны при лечении больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

У больных язвенной болезнью желудка, астенизированных, с проявлением относительно инфантильных черт в структуре личности, напряженная ежедневная работа в группе может вызвать утомление и реакцию по типу «ухода». Наиболее целесообразно проведение психотерапевтической ра-

боты в амбулаторных условиях, где 25—30 занятий 1 раз в неделю по полтора-два часа позволяют за счет протяженности во времени глубже осознать свои психологические трудности и применить полученные в процессе группового общения навыки в повседневной жизни.

Самой ответственной для продуктивного терапевтического функционирования является первая фаза развития группы. Она же является и самой длительной по времени (от 7—9 до 11 занятий). Вторая фаза более короткая (5—7 занятий). На завершающем этапе третьей фазы между больными складываются отношения по типу «клубных». Они могут общаться друг с другом без участия психотерапевта за пределами объединившего их учреждения, т.е. их общение перерастает в неформальное. Работа психотерапевта в этот момент может быть прекращена.

Основным критерием эффективности психотерапии является стойкое улучшение соматического состояния, связанное с повышением психологического комфорта. Важными показателями служат также расширение диапазона эмоционального реагирования и поведения с повышением эффективности социального функционирования и межличностного взаимодействия, овладение собственной психологической проблематикой, рост таких личностных свойств, как самостоятельность, ответственность, способность найти адекватный выход и способ реагирования в ранее затруднительных жизненных ситуациях.

Эффективность психотерапии может быть определена на основе данных катамнеза, показывающего стойкость и длительность улучшения как соматического состояния, так и психологического самочувствия больных язвенной болезнью.

Бронхиальная астма

Бронхиальная астма — хроническое, периодическое заболевание, разрушающее бронхиальные воздушные пути, которые отвечают на разнообразные стимулы сужением бронхов, отеком и чрезмерной секрецией. Генетические факторы, аллергические факторы, инфекции, острые и хронические стрессы — все эти многообразные причины участвуют в формировании заболевания (Каплан Г.И., СэдокБ.Дж., 1994). Современная бронхиальная астма характеризуется значитель-

ной распространенностью в популяции, тяжелым течением, зачастую приводящим к инвалидизации больных. Особое значение приобретает анализ заболевания с позиции биопсихосоциального единства, комплексный подход к лечению этих больных, учитывающий как медицинские, так и социально-психологические феномены. В силу множественности форм астмы, разнообразия этиологических факторов, участвующих в ее формировании, бронхиальная астма понимается как «соматический тупик» различных соматических и психических факторов.

Психологические факторы в этиопатогенезе бронхиальной астмы

При решении вопроса о наличии и характере взаимосвязи бронхиальной астмы с психологическими воздействиями высказываются самые разнообразные суждения. Сторонники одной концепции, признавая значение психических травм и эмоционального напряжения в патогенезе бронхиальной астмы, отводят им, однако, второстепенную роль. Эмоциогенные воздействия в этих случаях могут служить разрешающим фактором либо воздействовать на течение астмы, изменяя частоту приступов либо, возможно, в редких случаях, даже прекращая их совсем.

Представители других психосоматических концепций отводят ведущую роль в происхождении бронхиальной астмы факторам психологического порядка, а именно: особому личностному складу, неразрешимым внутриличностным конфликтам сексуального, социально-психологического содержания. Некоторые представители психосоматического направления в медицине рассматривают бронхиальную астму, в соответствии с представлениями Фрейда 3. в качестве актуального невроза, а сам астматический приступ — как символическое выражение «эрогенности» дыхательных путей.

Дыхательный компонент наряду с сердечно-сосудистым остается важнейшей составной частью приспособительных реакций, требующих стремительного повышения окислительного потенциала организма при острых стрессовых ситуациях. Своеобразная «отзывчивость» его на все важнейшие виды деятельности организма настолько велика, что по особенностям дыхательной функции можно безошибочно судить о характере и силе возбуждения центральной нервной систе-

мы (Анохин П.К., 1956). Более или менее выраженные респираторные нарушения оказываются в связи с этим одним из основных способов выражения «внутренней ситуации при сильных или скрытых волнениях духа» (Christian P., 1959), требующих активного мышечного движения в виде столкновения или бегства, аффектов стенического и астенического характера; они возникают как закономерный результат психической травмы на высоте тревоги и страха или в горе и могут вызываться в гипнозе путем внушения определенной эмоции (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986).

Роль психологических факторов в развитии бронхиальной астмы признается многими исследователями (von Weizsacker V, 1949; Fuchs M., 1965; Heim E. etal., 1970; Куприянов С.Ю., 1985; Елисеева М.В., 2000). Все многообразие выявленных к настоящему времени закономерностей, по мнению В.Д.Тополянского, М.В.Струковской (1986), может быть сведено к трем группам факторов: профиль личности, алекситимия, символическое отражение в симптомах внутриличностного конфликта.

V. von Weizsacker (1949) и M.Fuchs (1965) в симптоме бронхоспазма усматривают символическое выражение личностного конфликта между потребностью пациента в нежности и страхом перед ней, а также противоречивость в решении проблемы «брать и давать». W.Brantigam, P.Christian (1973) основное значение в развитии бронхиальной астмы отводят подавлению матерью эмоциональных проявлений у ребенка в раннем детстве — крика, плача и т.д.

Особенности личности больных бронхиальной астмой

Среди личностных особенностей у детей с бронхиальной астмой доминируют эмоциональная неустойчивость и лабильность, истероидность с выраженными эгоцентрическими чертами и сниженной способностью к ролевому взаимодействию в межличностных взаимоотношениях. Страх удушья формирует тревожность, чувство отверженности. У подростков, больных астмой, личностные особенности включают сдерживаемую неадекватную агрессию, проблемы в конструктивном разрешении межперсональных отношений, инфантильное поведение, зависимость, повышенную требовательность, «прилипчивость». Д.Н.Исаев (2000) отмечает, что еще до возникновения болезни детей отличает необычная

чувствительность, тревожность, возбудимость, пугливость, эмоциональная изменчивость, склонность к пониженному настроению, впечатлительность и обидчивость.

Психологические характеристики больных бронхиальной астмой исследовались в рамках психодинамического направления в психологии и медицине. Несмотря на то, что для больных бронхиальной астмой, по мнению психоаналитиков, характерна повышенная потребность в зависимости (Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994), специального типа личности со специфическими психологическими чертами выделено не было. F.Alexander считал, что психодинамическим конфликтным фактором, вызывающим астму, является сильная бессознательная потребность в защите и ласке со стороны матери или лица, заменяющего мать. Это лицо, в соответствии с представлениями больного, должно быть очень заботливым, совершенным, должно ухаживать за больным, защищать и оберегать его, но одновременно при этом и доминировать. В случае, если поддержка не появляется, развивается приступ астмы.

Приступ астмы часто предстает в качестве эквивалента подавляемого плача. V.Weizsaecker (1951) сравнивает приступ астмы с криком и плачем ребенка, протестующего против утраты защищенности. Приступ является, по мнению автора, своего рода «сценой плача легких». В пользу подобной интерпретации говорит тот факт, что приступ бронхиальной астмы в ряде случаев может заканчиваться рыданиями. Объяснение психологическому механизму формирования тенденции к подавлению плача Braeutigam и Christian (1973) находят в тех упреках и отказах, которым подвергались больные в детстве, если хотели позвать мать плачем или криком (Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., 1994).

Обострения астмы тесно связаны с периодами «преувеличенной» эмоциональности (Lehrer P.M. et al., 1993). Имеются данные о том, что печаль и другие расстройства настроения связаны с паттернами автономной регуляции, реализующимися посредством холинергической иннервации и вызывающими бронхоконстрикцию, в то время как ощущение счастья, которое может снижаться в результате болезни, — с паттернами, провоцирующими бронходилятацию (Miller B.D., Wood B.L., 1997). Испытывающий негативные эмоции ребенок, страдающий астмой, склонен интерпретировать любые физические

проявления, например возникающие после физической нагрузки усталость, сердцебиение, тахипноэ, как признаки начинающегося приступа (Rietveld S., Prins P.J., 1998).

Ранние нарушения отношений с матерью действуют у больного как конфронтация «желания нежности», с одной стороны, и, с другой стороны, «страха перед нежностью» (de Boor, 1965). Heim et al. (1970) в целом характеризуют больного как человека боязливого, с отдельными истерическими и/или ипохондрическими чертами. При этом от самих больных их страх остается скрытым. Braeutigam (1969) пишет в этой связи, отмечая тенденцию к избыточному самоконтролю пациентов с нарушениям функции дыхания: «При астматической одышке одновременно с воздухом могут задерживаться и эмоции». Fuchs (1965) характеризует психологическую проблематику больных бронхиальной астмой следующими образными выражениями: «Страх, становящийся агрессивной защитой, напряжение, вырождающееся в навязчивое желание владеть: это — признаки поведения, заостряющиеся в астматическом приступе и теряющие собственный, размеренный ритм». Конфликт больных по типу «владеть — отдать» описывает также Marty (1974), который установил у тяжелых аллергиков склонность к идентификации себя с другими лицами в процессе общения, тенденцию «быть сплавленными» с ними (цит. по: Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., 1994).

Эмоциональные факторы в этиопатогенезе бронхиальной астмы

Экспериментально установлено, что факторы эмоциональной природы могут оказывать влияние на возникновение приступов астмы (Dekker, Gruen, 1956). Анализ данной проблемы провела А.Цишек, подвергшая исследованию группу больных астмой, а также группу больных, страдающих язвой толстой кишки. Анализ данных, категоризированных тремя судьями, позволил выделить несколько важных различий между группами в сфере эмоционального реагирования на трудные ситуации. Оказалось, что частота проявлений реакций тревоги и неспецифического напряжения в стрессовых ситуациях у больных язвой значительно — почти вдвое - больше, чем у больных астмой. У последних в стрессовой ситуации чаще всего наблюдались агрессивные тенденции. Однако самые важные различия касались динамики эмоцио-

нальных реакций во времени. Первоначальная реакция была более интенсивной у астматиков, но она довольно быстро возвращалась к норме, у больных же colitis начальная реакция была не только более слабой, но она довольно быстро падала ниже средней величины и на таком низком уровне сохранялась довольно долго. Следует добавить также, что у больных colitis эмоциональная реакция, по наблюдениям автора, сохраняется дольше, чем у астматиков. Больных colitis характеризует хроническое подавленное настроение, а больных астмой — скорее бурные вспышки (цит. по: Рейковский Я., 1979).

Психологические реакции на заболевание бронхиальной астмой

А.В.Квасенко и Ю.Г.Зубарев (1980) различают среди разнообразных психологических реакций на заболевание два основных феномена: психологическую реакцию на приступ и психологическую реакцию на болезнь. В случае внезапного, острого возникновения приступа характерен прежде всего страх смерти от удушья или остановки сердца, страх некупируемого приступа (Костюнина З.Г., 1971) Чем реже приступы астмы, по мнению автора, тем более выражен страх. Страх не только сопровождает сами приступы, но также и характеризует психическое состояние больного в их ожидании.

В начальном периоде возникновения болезни реакция на заболевание характеризуется, по мнению А.В.Квасенко и Ю.Г.Зубарева, адекватностью в изменениях психологического статуса с чертами депримированности (Ильяшенко Г.А., Мирончик В.М., 1973). В процессе дальнейшего течения болезни выступает склонность к фиксации внимания на своих ощущениях и переживаниях с пессимистической оценкой выздоровления (Красных С.Л., 1960; Паршина В.П., 1972). У части больных при этом отмечается выраженный страх за свою судьбу с отчетливой фиксированностью на дыхательной функции, назойливыми жалобами, постоянным самоанализом болезненных ощущений (Филиппов В.Л., 1976). Преморбидные особенности этих больных характеризовались акцентуированными чертами, не достигавшими степени психопатии. При затяжном течении заболевания часто наблюдаются изменения личности по типу патологического развития (Ушаков Г.К., 1978).

Психические нарушения при бронхиальной астме

Исследовались нервно-психические расстройства при бронхиальной астме. Г.К.Ушаков (1978) описывает психические нарушения, формирующиеся у больных непосредственно после приступа: сниженное настроение, капризность, раздражительность, повышенная возбудимость, истощаемость, неустойчивость настроения, в ряде случаев — расстройства истерического круга, депрессивные состояния с чувством неполноценности, неврастенические и фобические расстройства. Психические расстройства в ходе течения бронхиальной астмы, по данным Г.К.Ушакова, наблюдались часто и выступали в виде: реактивных личностных образований в связи с переживанием болезни; неврозоподобных расстройств, обусловленных соматическими факторами; аномального развития личности. Неврозоподобные расстройства при бронхиальной астме выступали в форме реакций пациента на приступ либо в особенностях субъективного переживания болезни. По клинической структуре они напоминали ситуационные, адекватные реакции личности (Е.И.Шевелев) на возникшее заболевание. Однако при этом ни в коем случае они не служили основанием для постановки диагноза невроза. Эти реакции усложняли клиническую картину болезни, привнося в нее черты ипохондричности, болезненной тревоги и опасений, вызывая негативистические установки на лечение и порождая недоверие к врачу и проводимой терапии. Обращала на себя внимание частота реакций на болезнь, которые иногда исчерпывали клиническую картину нервно-психических расстройств, особенно в начальном периоде астмы.

Наиболее частыми, по наблюдениям Г.К.Ушакова, были астено-депрессивные реакции, которые обнаруживались приблизительно у половины всех больных: пониженное настроение с мыслями о бесперспективности, безнадежности положения, о собственной неполноценности, безысходности существования, неизлечимости болезни. Пациенты в этих случаях отличались молчаливостью, задумчивостью, жаловались на назойливо однообразные мысли об «утраченном здоровье», неопределенности в будущем. Такие мысли особенно часто беспокоили их перед засыпанием. Они отмечали также понижение аппетита, вялость, слабость, рассеянность, плохой сон, преимущественно с нарушениями засыпания. У не-

которых из них возникали нестойкие суицидальные мысли. Некоторые больные (12%) в переживании болезни обнаруживали ипохондрические черты, утверждая, что приступы вызваны якобы тем, что легкие «раздуты», «не дышат»; высказывали мысли о том, что заболели не астмой, а «раком», «туберкулезом»; с обостренным вниманием прислушивались к себе, находя все новые, необычные, меняющиеся ощущения, преувеличивая тяжесть заболевания. Ипохондрические переживания протекали при несколько пониженном настроении. При фобической структуре реакции больные (6%) испытывали неотступный страх, тревогу, беспокойство. Они были беспокойными, тревожными, растерянными; они плакали, обреченно ждали приближающейся развязки, катастрофы, близкого конца. Реакции отрицания (анозогнозии) и игнорирования болезни (4%) оказались редкими. Больные при этом недооценивали тяжесть заболевания; несмотря на отчетливые ее признаки, отрицали болезнь; утверждали, что не верят в болезнь, не обращались за медицинской помощью, так как считали «бесплодным болеть и тратить время на пребывание в постели». Лица, не имевшие психопатических признаков в преморбиде, реже, чем пациенты с таковыми, обнаруживали реакции на болезнь: для них был типичен астено-депрессивный вариант. Переживания болезни в начальном периоде астмы отличались большой яркостью, глубиной, очерченностью, динамичностью. По мере развития болезни они протекали все более стерто, в виде астено-депрессивных, реже — ипохондрических с депрессивной окраской настроения расстройств, в которые иногда включались истерические наслоения.

При легкой форме астмы, по данным Г.К.Ушакова, неврозоподобные расстройства являются обычно стертыми, неразвернутыми и выступают, как правило, в виде легкой физической астении либо стертых неврастеноподобных нарушений. Иную картину приобретают они при бронхиальной астме средней степени тяжести. Реактивные образования в этих наблюдениях сосуществуют с неврозоподобными; последние отличаются многообразием и глубиной; возникают неврастеноподобные, истероформные либо более сложные смешанные неврозоподобные состояния. Со временем оформляется психическая астения в виде неврастеноподобного синдрома (гипостения или, чаще, раздражительность, плаксивость, мелочная обидчивость, крайняя чувствительность). Больным при этом

свойственны длительная фиксация на переживаниях, болезненная придирчивость, гневливость, обостренная жалостливость, острое чувство ущемленности с легкой плаксивостью.

Для гипостении, как обычно, оказались типичными повышенная утомляемость, легкая истощаемость с чувством вялости, слабости, тяжести в мышцах, со снижением интереса к окружающему, субдепрессивным или апатическим тоном настроения. В третьем варианте — при значительной выраженности астмы — неврастеноподобные расстройства, как правило, дополняются истероформными. Под влиянием незначительных волнений, обид, изменений самочувствия, а иногда и без видимого повода у больных появляются ощущение комка в горле, общая дрожь, выраженный тремор конечностей. При прогрессировании бронхиальной астмы возникает смешанное неврозоподобное состояние (тревожное ожидание несчастья, беспокойство, страх темноты, одиночества, заражения, неуверенность в своих силах). Клиническая картина становится полиморфной, отличается сочетанием неврастеноподобных, истероформных и фобических расстройств, усложняясь за счет аффективных и сверхценных ипохондрических образований.

При средней тяжести течения астмы наряду с описанными выше у больных возникают и другие расстройства: циклоидные колебания настроения в форме кратковременного беспричинного его понижения, легких переходов от пониженного к повышенному — как беспричинно, так и по незначительному поводу; легкая эйфория после приступа болезни; гипостенические неврастеноподобные расстройства; отдельные мнимовосприятия на высоте приступа в виде галлюциноидов (Ушаков Г.К., 1969); сверхценные ипохондрические опасения за сердце с фиксацией на ритме его деятельности; психогенное образование повторных приступов; усиление истероформных и смешанных неврозоподобных картин.

При тяжелом течении астмы реактивные образования, как правило, являются вторичными, ведущими же оказываются неврозоподобные расстройства с массивными явлениями физической и психической астении, вегетативно-сосудистыми нарушениями (бледность кожи, резкий гипергидроз, головокружения, мучительные головные боли, тремор пальцев рук, ощущение озноба, преходящее чувство дурноты и т.д.). Во время приступа у этих больных часто возникают суицидальные

мысли, полярные колебания настроения от апатического отрешенного (в периоды ухудшения) до оживленного эйфорического (в фазе свободного дыхания). При этом наиболее типичными являются: глубокая эйфория после приступа, иногда с оттенком дурашливости; психогенное образование повторных приступов вслед за незначительными волнениями; расстройства сна; интеллектуальная астения с рудиментарными явлениями ментизма; короткие стертые эпизоды делириозного сознания, рудиментарных идей отношения и немотивированного страха на высоте продолжительного удушья. При улучшении соматического состояния в результате специфической гипосенсибилизации редукция неврозоподобных расстройств происходит в обратном порядке: вначале исчезают симптомы психической, а затем физической астении. Особенно долго сохраняются вегетативно-сосудистые нарушения.

При бронхиальной астме существенно меняется и личностная структура пациентов. Признаки аномального развития личности в разных его вариантах выступают у пятой части больных.

В результате длительного существования неврозоподобных, а чаще сомато-невротических расстройств при среднетяжелом или тяжелом течении астмы формируется невротическое развитие личности обсессивного либо астенического типа. Последний вариант был более типичен для больных с тяжелым течением заболевания. Если заболевание не отличается значительной тяжестью, отмечено астено-депрессивное либо ипохондрическое развитие. С.И.Каган (1967) подчеркнул, что после соматических болезней нередко формируется ипохондрическое развитие личности. Оно было обусловлено фиксацией одноименной реакции на болезнь, когда эта реакция постепенно утрачивала психологическую связь с переживанием болезни, отчуждалась в сознании больного, приобретала признаки саморазвития, существенно изменяя всю структуру личности.

Роль семейных взаимоотношений при формировании бронхиальной астмы

При анализе психологических факторов, участвующих в этиопатогенезе бронхиальной астмы, достаточно часто рассматривается роль семьи. Семейная ситуация у многих больных отличается частыми конфликтами и алкоголизмом роди-

телей (Семенова Н.Д. и др., 1996; Исаев Д.Н., 2000). Неполные семьи, характерные негармоничные типы воспитания, сопровождающиеся эмоциональными и поведенческими расстройствами, провоцируют обострения болезни. Выделяют «шунтовой» вариант бронхиальной астмы, при котором приступ возникает как разрядка напряжения в конфликтной семейной ситуации (Федосеев Г.Б. и др., 1996).

Л.П.Урванцев (1998) отмечает, что в семье ребенка, больного бронхиальной астмой, его болезнь может стать фактором, удерживающим родителей от развода, или же иногда формируется коалиция «родитель-больной ребенок» против другого родителя. Внутрисемейные отношения оказываются напряженными. В семье могут складываться предпосылки для закрепления возникших однажды болезненных симптомов по механизму «условной желательности». Нередко агрессивные чувства, обусловленные напряженными взаимоотношениями родителей, проецируются на больного ребенка. «Исследования также показали, — пишет автор, — что очень часто больные бронхиальной астмой либо воспитывались в неполной семье, либо пережили в детстве утрату одного из родителей. Еще один важный факт: матери больных бронхиальной астмой, негативно относящиеся к браку сына или дочери, стремятся вызвать у них по этому поводу чувство вины, что нередко является механизмом приступа астмы у их взрослых детей».

Согласно концепции «психосоматогенной семьи» (Minuchin S., 1974) в развитии психосоматического заболевания у ребенка имеют значение три основных фактора: особый тип семейной организации и функционирования, вовлечение ребенка в родительский конфликт и физиологическая уязвимость определенного органа или системы организма. По мнению A.K.Geiger (1974), астма у ребенка, служащая для ухода родителей от конфронтации с конфликтами, является важным фактором, стабилизирующим особого рода отношения в семье. Поэтому родители неосознанно препятствуют выздоровлению ребенка, так как его выздоровление ставит под угрозу инертный стереотип взаимодействия в семье. Geiger вслед за L.Hil (1955), выдвинувшим «гипотезу трех поколений», считает, что особенности личности родителей больных бронхиальной астмой, лежащие в основе подобного взаимодействия, формируются в их взаимоотношениях с собственными родителями (бабушками и дедушками больных).

С.Ю.Куприянов (1983) выделяет шесть вариантов нервно-психического механизма развития. Фиксации приступов удушья, способствующих затяжному, хроническому течению заболевания, резистентному к лечению традиционными средствами: истероподобный, неврастеноподобный, шунтовой, ипохондрический, анозогностический, псевдоанозогностический. Если первые три механизма, как отмечает автор, при конфронтации индивидуума с конфликтной ситуацией обусловливают нарастание психоэмоционального напряжения, непосредственно разрешаемого развитием приступа удушья, то последующие три находят свое проявление в особенностях жизненной позиции больного, предопределяющей поведение, которое затрудняет лечение заболевания.

Приступы удушья, провоцируемые по истероподобному механизму, приводят к устранению из поля внимания неприемлемого для больного мотива, отказу от самостоятельного решения трудностей, уклонению от реальной оценки собственной роли в конфликтной ситуации. Предшествующее эмоциональное напряжение при этом снижается, конфликтные переживания смягчаются, развивающиеся по такому механизму приступы удушья приобретают характер «условной приятности», «условной желательности», так как освобождают больного от трудной для него ситуации, точнее, от необходимости ее немедленного разрешения. В таком случае астматические приступы ведут вторично к частичному удовлетворению потребностей или приобретению выгод в жизни больного, что формирует тенденцию «бегства в болезнь».

Приступы часто служат отражением зависимости и жажды любви, с одной стороны, и гнева в связи с депривацией или лишением автономии — с другой. Астма служит больному для привлечения внимания, отмечает С.Ю.Куприянов, признания, для адаптации в семье. Болезнь является мощным орудием управления членами семьи. Интересы здоровых членов семьи при этом игнорируются или недооцениваются, что может вести у них к нарастанию озлобления и негодования особенным положением больного в семье, его привилегиями и правами. В таких семьях постоянная суета вокруг больного может служить для подавления чувства вины, обусловленного несовместимостью отвергания больного с морально-этическими представлениями семьи. В начале заболевания (главным образом у детей) больной почти осознанно, желая уйти от тре-

бований окружения, вызывает у себя приступ удушья. «Главное настроить себя на приступ, взвинтить себя, понервничать, и приступ разовьется сам собой», — отмечают наши пациенты (Куприянов С.Ю., 1983). Некоторые больные говорят, что выгоды, которые сулит развитие приступа, видятся им как бы краем сознания. В таком случае больные формируют уже якобы спонтанно начавшийся приступ удушья.

В начале заболевания у некоторых больных дыхательные расстройства лишь отдаленно напоминают приступ удушья при бронхиальной астме. Затем, однако, благодаря изолированному подкреплению вниманием со стороны членов семьи и врачей, эти реакции лишь дыхательных расстройств, внешне напоминающих астматические, как бы оттачиваются. Позже у таких больных уже развиваются типичные астматические приступы. Механизм имитации имеет немаловажное значение в развитии приступов дыхательных расстройств в семьях, где уже кто-то болен бронхиальной астмой.

При неврастеноподобном пути фиксации заболевания имеет значение внутриличностный конфликт, сходный с таковым у больных неврастенией. Однако решается он не с помощью невротических форм психологической защиты, а с помощью приступов удушья, которые можно рассматривать как способ психосоматической защиты. При поступлении внешних или внутренних сигналов, свидетельствующих о неадекватности представления больного о собственной личности, актуализации конфликта между чрезмерной требовательностью к себе и недостаточностью личностных ресурсов, отмечается обострение заболевания (приступ удушья). В результате больной уходит от восприятия несоответствия «образа Я» и действительных личностных черт, подводит рациональный мотив под свою пассивность, увиливание от продуктивного разрешения внутриличностного конфликта.

Шунтовой механизм провокации приступов бронхиальной астмы можно понять с позиций «групповой психосоматической зашиты». Часто в обследованных семьях больных бронхиальной астмой отрицалось наличие каких бы то ни было внутрисемейных проблем, кроме болезни ее члена, то есть в этих семьях имеются «тлеющие», не всегда осознаваемые конфликты, открытая конфронтация с которыми избегается. При начинающейся ссоре родителей у ребенка (или другого члена семьи) развивается приступ удушья, который уводит родителей от за-

труднительного для них выяснения отношений путем переключения на проблемы, связанные с болезнью. Вслед за приступом больной получает подкрепление в виде внимания и заботы конфликтующих членов семьи. Роль невольного «миротворца» разрешения конфликта с помощью бронхоспазма автоматизируется и прочно врастает в коммуникативную структуру семьи.

Больные с ипохондрическим механизмом фиксации приступов удушья, как правило, с детства воспитываются в семьях с атмосферой «культа болезни». Гиперпротективное отношение к ним способствует формированию тревожно-мнительной личности, склонной к ипохондрической переработке соматической патологии. В связи с высоким уровнем тревоги эти больные госпитализируются чаще, длительно находятся в стационаре, принимают более высокие дозы медикаментов, чем того требует их объективное состояние. Появление даже легких дыхательных расстройств привлекает к ним внимание больного и встревоженных членов семьи, ипохондрически перерабатывается. У таких больных легко теряется «лечебная перспектива» и они более подвержены ятрогениям.

Корни анозогностического отношения больного к бронхиальной астме, существенно тормозящего процесс диагностики и своевременное начало лечения, также кроются в семье. При воспитании в условиях высоких требований к больному (спартанский стиль воспитания), при поощрении тенденции ребенка к самостоятельности, нередко преждевременной, пренебрежительном отношении к болезням и медицине вообще у больного развивается склонность к пренебрежительному отношению к симптомам своего заболевания и лечению. Это обусловливает позднее обращение к врачу, приводит к запоздалым госпитализациям, частым поступлениям в реанимационное отделение в далеко зашедших, тяжелых астматических статусах.

При ложноанозогностическом отношении к болезни больной, несмотря на то, что достаточно адекватно оценивает тяжесть своего заболевания, всячески скрывает его от окружающих, настойчиво просит не выставлять диагноза астмы в выписных справках. Чаще всего это связано с тем, что больного не приемлют больным в семье, отвергают его («Больной я им не нужен»). Иногда это связано с невротической борьбой за эмоциональное доминирование в семье. Такие больные активно ищут нелегального лечения, идут на бесконтрольный прием любых сильнодействующих средств.

В соответствии с результатами, полученными в исследованиях Э.Г.Эйдемиллера и В.В.Юстицкого (1990), родительские семьи больных бронхиальной астмой характеризовались сдержанностью в проявлениях эмоций у ее членов; родители стремились контролировать и подавлять инициативу своих детей, блокировать несанкционированные ими их эмоциональные проявления.

В целом, по данным литературы, выявляется несколько основных направлений исследования роли и механизмов воздействия разнообразных психологических факторов на этиопатогенез бронхиальной астмы: психологические факторы в структуре преморбидной личности могут определять характерные для этой личности типы эмоционального реагирования, приводя через ряд промежуточных вегетативных инстанций к формированию органической патологии; психологические факторы в структуре внутренней картины болезни как психологические реакции на заболевание либо в качестве психопатологических расстройств могут менять параметры эмоционального реагирования больного, косвенным путем влияя на течение заболевания.

При этом учитывается то обстоятельство, что эмоции больного, с одной стороны, детерминированы условиями его существования (внешними, в виде социальной ситуации развития, а также внутренними, складывающимися на основе психологического отражения соматических симптомов, боли, дискомфорта, удушья и т.д.), а с другой стороны, определяются особенностями личности пациента, характером внутриличностного конфликта и связанных с ним переживаний.

Психотерапия больных бронхиальной астмой

При всей сложности патогенеза бронхиальной астмы в значительной части случаев важное место в нем занимает нервно-психический фактор (зависимость приступов от психоэмоциональных воздействий, времени суток, определенной обстановки и т.п., т.е. наличие условно-рефлекторного механизма возникновения приступов). Поэтому при бронхиальной астме, особенно с учетом ее терапевтической резистентности у ряда больных, показана психотерапия либо самостоятельно, либо в системе комплексного лечения (Карвасарский Б.Д., 1998).

Применение гипнотерапии у больных бронхиальной астмой позволило не только подтвердить эффективность этого

метода при данном заболевании, но и выработать определенные показания к направлению больных на гипнотерапию: 1) отсутствие острых инфекционных процессов в органах дыхания. Лечению гипнозом должны подвергаться только те больные, у которых инфекционные очаги ликвидированы, а астматические приступы тем не менее продолжают возникать; 2) достаточная внушаемость и гипнабельность больного, а также желание лечиться гипнозом; 3) отчетливый психический компонент в патогенезе и течении заболевания; 4) наличие у больного условно-рефлекторного механизма возникновения повторных приступов (Буль П.И., 1974).

Введение психотерапии в систему лечебно-восстановительных мероприятий при бронхиальной астме способствует не только улучшению состояния больных, но и профилактике рецидивов, так как восстановление нарушенных отношений пациентов и полноценности их социального функционирования выступает в качестве важного звена предупреждения дистрессов, нередко играющих существенную роль в возникновении и течении бронхиальной астмы. С этой целью применяются различные методы психотерапии: гипнотерапия, аутогенная тренировка, рациональная психотерапия (индивидуальная и в группе пациентов), групповая психотерапия (Филиппов В.Л., 1979).

В психотерапии больных бронхиальной астмой большое значение приобретает воздействие на алекситимический радикал в структуре преморбидной личности, а также на вторичную психопатологическую симптоматику, обусловленную заболеванием.

Для больных бронхиальной астмой со стереотипным протеканием приступов удушья или с затрудненным дыханием, нередко обусловленными отрицательным воздействием на больного поведения членов семьи, существенное значение наряду с суггестивным и поведенческим методами имеет семейная психотерапия. Не сводя сложный многофакторно обусловленный этиопатогенез бронхиальной астмы к нарушению одних лишь внутрисемейных отношений, как это нередко представляется в психосоматической литературе, отечественные авторы (Куприянов С.Ю., 1983) справедливо отмечают, что семейная психотерапия создает условия для замены патологических психологических защитных механизмов на более зрелые и конструктивные и в этом плане выступает

как важный элемент личностно-ориентированной психотерапии при бронхиальной астме.

В соответствии с представлениями Э.Г.Эйдемиллера, В.В.Юстицкого, психологическая коррекция в рамках семейной психотерапии должна осуществляться по двум направлениям: 1) развитие и усиление эмоциональных коммуникаций в семье с использованием невербальных техник V.Satir; 2) разыгрывание ролевых ситуаций в аспекте поведенческой семейной психотерапии следующего содержания — «просьба», «требование», «благодарность» и др., которые в дальнейшем обсуждаются.

Такая психотерапия, применяемая в комплексе с другими лечебными воздействиями, приводит к облегчению течения болезни и значительному урежению приступов бронхоспазма, а также к редукции у 92,1 % больных бронхиальной астмой нервно-психических механизмов патогенеза (Куприянов С.Ю., 1983, 1985).

Тиреотоксикоз (гипертиреоз)

Гипертиреоз (тиреотоксикоз) является синдромом, характеризующимся биохимическими и психологическими изменениями, которые появляются в результате хронической эндогенной или экзогенной избыточности тироидного гормона.

Психологические факторы в этиопатогенезе гипертиреоза

Психогенному фактору и нервно-психическому механизму в происхождении тиреотоксикоза придавали значение Г.А. Захарьин (1876), С.П.Боткин (1886), В.М.Бехтерев (1908), И.А.Вельяминов (1888), Н.А.Шерешевский (1962), М.А.Копелович (1954; 1958), Н.М.Дразнин (1956), И.М.Виш (1961). Широко распространены представления о том, что эмоции, психический стресс и психологический профиль личности являются главенствующими факторами в этиологии и интерпретации этого заболевания (Линдз, 1949; Винсон, Конрад, 1934; Гибнс, 1960; Александер, 1961; Грейвз, 1935; Цукер, Броун и Гетцель, 1963). М.Герц (1963), М.Блейлер (1964), Нэлаи, Левис, Моковитц, Брам, Гиман указывали на психогенное происхождение тиреотоксикоза, подчас давая его генезу психоаналитическую трактовку (цит.по: Вейсс, Инглиш).

Зауербрух, И.Б.Хавин, З.А.Копиль-Левина, И.И.Русецкий, Г.В.Быховский указывали на возможность психологическими средствами воздействия вызвать и излечить тиреотоксический зоб. М.А.Усиевич (1952), А.Г.Иванов-Смоленский (1960), К.М.Быков (1953), В.Г.Баранов (1955), И.Б.Хавин (1956), относя тиреотоксикоз к кортико-висцеральной патологии, находили ослабление соотношений основных нервных процессов и подвижности.

В.Г.Баранов (1966) указывает, что одним из доминирующих факторов этиологии тиреотоксикоза, по современным представлениям, является психический, способный распространить возбуждение на центры гипоталамуса и имеющий большое значение в регуляции функций щитовидной железы и образовании очагов застойного возбуждения, приводящего к развитию гипертиреоза. В. Г.Воргалик (1964) усматривает психогенез в 44,6% случаев базедовой болезни. Дифференцированно изучая специфику психотравмирующих ситуаций, он ставит на первое место среди различных форм психогений переживания тяжелого горя, страха, испуга, которые, адекватно фиксируясь адекватно возникающей эмоцией, неадекватно сохраняются; в нервной системе остается поломка и реакция, которая, неправильно перерабатываясь, перерастает в устойчивую патологию.

В.Г.Воргалик устанавливает два пути регуляции центральной нервной системой тиреоидной активности: прямой, нервно-проводниковый, через подкорку, межуточный мозг и вегетативную нервную систему, и косвенный, гуморальный, через подкорку, межуточный мозг, гипофиз и его тиреотропный гормон. При этом имеется и обратное влияние гормонов на нервную систему, под воздействием которых изменяется высшая нервная деятельность и регуляция жизненных функций (Келли Е.А., Воргалик М.В., Ефимов А.С.).

У генетически предрасположенных субъектов после стресса часто обнаруживается гипертиреоз (Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994). Ситуация болезни часто характеризуется тем, что гипертиреоз развивается вслед за сильными переживаниями и острыми жизненными трудностями, при наличии конституциональной предрасположенности и соответствующих внутрисемейных отношений в раннем детстве больного. Смерть близких, несчастные случаи, переживания потери могут служить пусковыми моментами или вызывать рецидив уже стабилизированного гипертиреоза.

И в случаях отсутствия очевидно провоцирующих или усиливающих заболевание событий тщательно собранный анамнез почти всегда позволяет увидеть, что больные постоянно находятся в трудной, напряженной жизненной ситуации. У пациентов с лабильным аффективным гомеостазом можно предвидеть осложненное течение с рецидивом.

Двигательное и внутреннее беспокойство, возбуждение и раздражительность у больных являются следствием повышенной секреции гормонов щитовидной железы. Эта повышенная общая чувствительность первоначально служит обеспечению повышенного уровня деятельности организма в течение длительного времени.

Особенности личности больных тиреотоксикозом

Как отличительную психологическую особенность данных больных большинство авторов отмечают повышенную потребность в стимуляции. БЛюбан-Плоцца, В.Пельдингер, Ф.Крегер (1994) находят у больных тиреотоксикозом готовность постоянно перевыполнять свои задания. Авторы высказывают гипотезу о том, что в детстве этих больных «принуждали к тому уровню самостоятельности, справиться с которым они не были готовы, будь это ранняя утрата матери, развод или ссоры родителей, преждевременное участие детей в родительских конфликтах или воспитании младших сиблингов. Пациент достоверно чаще является старшим из нескольких детей». Больные гипертиреозом производят впечатление личностной зрелости, которая, однако, не всем ситуациям адекватна и лишь с трудом скрывает слабость и страх, страх перед половой жизнью взрослых, перед расставанием, или собственной ответственностью, или вообще перед необходимостью выжить. Их фантазии заполнены умиранием и смертью. По определению Ф.Александера (1951), гипертиреоидный больной — человек, «пытавшийся выдержать длившуюся всю его жизнь борьбу со своим страхом».

Стремление к социальному успеху, труду и ответственности у больных носит, по-видимому, функцию самоуспокоения. «Контрафобические черты» устанавливаются у пациентов более чем в 2/3 случаев, отрицание и вытеснение страха — в более чем 1/3. У 4/5 больных в течение всей жизни отмечается стремление безусловно выдвинуться, с доводящим до изнеможения обязательством социального успеха и труда. У жен-

щин это проявляется в повышенной потребности производить на свет детей и, по возможности, усыновлять детей сверх этого (Braeutigam, Christian, 1973).

Роль внутрисемейных отношений в формировании личности больных гипертиреозом

Согласно психодинамической теории, в детстве эти больные испытывали необыкновенную привязанность к матери и зависимость от нее, поэтому они никак не могли переносить ни малейшей угрозы тому, что она всегда будет их любить. Часто эти лица в детстве страдали от недостаточной заботы из-за экономического положения семьи, разводов, смерти кого-то из близких или наличия множества братьев и сестер. Упорная угроза благополучию в раннем детстве приводит к преждевременным и безуспешным попыткам идентифицировать себя со взрослым объектом. Она также обусловливает ранний стресс и перегрузку эндокринной системы и дальнейшую фрустрацию детской жажды зависимости. Из-за этой неудачи больной постоянно стремится к преждевременному самоутверждению и старается доминировать над другими, в ущерб развитию внимания и чувств. Ему приходится строить защиту против повторения непереносимых ощущений изоляции и отвергания, которые выпали на его долю в детстве. Если эти механизмы ломаются, вызывая потребность в преждевременной стимуляции психофизиологической защиты тела, у генетически предрасположенного субъекта может развиться тиреотоксикоз.

Психические нарушения у больных с эндокринными заболеваниями

В основе нарушений психической деятельности лежит функциональная взаимосвязь нервной и эндокринной систем. Нарушение гормональной функции одной из желез обычно вызывает изменение состояния других эндокринных органов. В настоящее время выделяется особый раздел клинической психиатрии — психоэндокринология.

Эндокринные расстройства у взрослых, как правило, сопровождаются развитием непсихотических синдромов (астенических, неврозо- и психопатоподобных) с пароксизмальными вегетативными нарушениями, а при нарастании патологического процесса — психотических состояний: синдро-

мов помраченного сознания, аффективных и параноидных психозов. При врожденных формах эндокринопатии или их возникновении в раннем детском возрасте отчетливо выступает формирование психоорганического нейроэндокринного синдрома. Необходимо отметить, что если эндокринное заболевание начинается в детстве, то это может приводить к патологическому формированию личности, особенности которого зависят от характера эндокринопатии (преобладание черт возбудимой психопатии, психопатии тормозимого круга и т.д.). Очень раннее возникновение эндокринопатии может привести к задержке психического развития, подчас резко выраженной. Если эндокринное заболевание появляется у взрослых женщин либо в подростковом возрасте, то у них часто отмечаются личностные реакции, связанные с изменением соматического состояния и внешнего вида.

Представленность этих общих для всех эндокринных заболеваний расстройств в определенной степени зависит от таких факторов, как наследственная патология и преморбидные особенности личности. Большое значение имеет возрастной период заболевания.

На ранних стадиях всех эндокринных заболеваний и при относительно доброкачественном их течении отмечаются постепенное развитие психоэндокринного синдрома (неспецифического эндокринного психосиндрома, по M.Bleuler, 1948), переход его с прогрессированием заболевания в психоорганический (амнестико-органический) синдром и возникновение острых или затяжных психозов на фоне этих синдромов (Орловская Д.Д., 1983). Для неспецифического эндокринного психосиндрома характерны следующие явления: изменение инстинктов и влечений как в сторону их активизации, так и снижения, вплоть до полного угасания; снижение психической и физической активности; расстройства настроения. Аффективно-личностные изменения могут быть охарактеризованы как психопатоподобный синдром (Коркина М.В., Иванов В.Л., 1988).

Особенностями течения психических расстройств, возникающих в связи с эндокринными нарушениями, являются их фазность, периодичность и пароксизмальность (Белкин А.И., 1967), причем чем доброкачественнее эндокринное заболевание, тем больше выражены фазность и периодичность психических расстройств.

Наиболее часто появляется ведущий («сквозной») астенический синдром, который наблюдается при всех формах эндокринной патологии и входит в структуру психоэндокринного синдрома (Добржанская А.К., 1973). Он относится к наиболее ранним и постоянным проявлениям эндокринной дисфункции. В случаях приобретенной эндокринной патологии астенические явления могут задолго предшествовать обнаружению дисфункции железы.

«Эндокринная» астения характеризуется чувством выраженной физической слабости и разбитости, сопровождается миастеническим компонентом. При этом нивелируются побуждения к деятельности, сохраняющиеся при других формах астенических состояний. Астенический синдром очень скоро приобретает черты апатоабулического состояния с нарушением мотиваций. Такая трасформация синдрома обычно служит первым признаком формирования психоорганического нейроэндокринного синдрома, показателем прогрессирования патологического процесса (Бачериков Н.Е., 1989).

Неврозоподобные изменения обычно сопровождаются проявлениями астении. Наблюдаются неврастеноподобные, истероформные, тревожно-фобические, астенодепрессивные, депрессивно-ипохондрические, астено-абулические состояния. Они имеют стойкий характер. У больных снижается психическая активность, изменяются влечения, отмечается лабильность настроения.

У больных с астено-невротическим синдромом, по наблюдениям А.Л.Гройсмана (1998), отмечается снижение внимания, памяти, ослабление волевых процессов. В экспериментально-психологическом исследовании выявляется большое число ошибок в корректурной пробе, преимущественно за счет внешнего и последовательного торможения (слабость тормозного процесса), невозможность выработки условного гаптического рефлекса (слабость механизмов коркового выключения), истощаемость «сериальной динамометрии», вплоть до выявления микропарезов (недостаточность механизмов коркового включения). В ассоциативном эксперименте отмечается плохое образование ассоциаций по сходству и смежности, наличие отказных реакций с удлинением латентного периода речевых реакций, наличие «патодинамических структур», отсутствие реакции финиша или сниженная психомоторика в пробе «многоточия».

При обсессивно-фобическом синдроме тиреотоксикоза, помимо субъективных жалоб, отмечалась неустойчивость внимания, памяти, волевых процессов, эмоциональная лабильность; в корректурной пробе наблюдались явления отрицательной индукции; обобщение раздражительного или иррадиация тормозного процессов, выработка условного гаптического рефлекса с пережатием, укорочение латентного периода речевых реакций.

Нейроэндокринный синдром в типичных случаях проявляется триадой изменений — в сфере мышления, эмоций и воли. В результате разрушения высших регулирующих механизмов появляется расторможенность влечений: наблюдается сексуальная распущенность, склонность к бродяжничеству, воровству, агрессии. Снижение интеллекта может достигать степени органической деменции. Часто возникают эпилептиформные пароксизмы, преимущественно в виде судорожных припадков.

Острые психозы с нарушением сознания: астеническая спутанность, делириозное, делириозно-аментивное, онейроидное, сумеречное, острые параноидные состояния — возникают при остром течении эндокринного заболевания, в частности при тиреотоксикозе, а также в результате острого воздействия дополнительных внешних вредных факторов (интоксикации, инфекции, психической травмы) и в послеоперационный период (после тиреоидэктомии и др.).

Психотерапия при тиреотоксикозе

Психотерапию при тиреотоксикозе рекомендовали и применяли В.М.Бехтерев (1894), Мебиус (1887), Леви-Суль (1890), Фридеман (1900), К.И.Платонов (1953), М.И.Кашпур (1956), А.Н.Кабановский (1963). Исследования отечественных ученых убедительно доказали правомерность, физиологическую обоснованность и эффективность психотерапии при тиреотоксикозе (Платонов К.И., 1952; Виш И.М., 1958; Кашпур М.И., 1956).

П.П.Польциен (1963) рекомендует при базедовой болезни аутогенную тренировку. Р.Финочието и Еверардо Пувер(1944) применяют гипноз при лечении тиреотоксического зоба. В монографии К.И.Платонова «Слово как физиологический и лечебный фактор» при базедовой болезни рекомендуется применение индивидуальной рациональной психотерапии.

В исследовании А.Л.Гройсман (1998) у больных тиреотоксикозом выявлена невротическая симптоматика, которая складывалась, по выражению автора, «из механизмов нозогнозии, основанных на извращении чувственного восприятия болезни, на механизмах «эмоциональной анафилаксии», обусловленной повышенной эмоциональной сенситивностью. В основе невротической симптоматики тиреотоксикоза лежали также механизмы психосоматической астении, способствующие «психотропности» соматических расстройств, «соматотропности» психических переживаний, а также механизмы аутогенной и аллогенной суггестии и индукции».

В связи с выявленными невротическими нарушениями у данных больных А.Л.Гройсман рекомендует для психотерапевтического процесса разрешение следующих задач: 1) смягчение общей повышенной возбудимости и раздражительности; 2) укрепление тормозных процессов, обучение приемам выдержки и воли; 3) выработка стенических реакций на преодоление психогенных ситуаций; 4) обучение методам аутогенной органотренировки для регуляции артериального давления и нарушений сердечного ритма.

Автором разработана методика психотерапии, значительное место в которой отводится выработке правильного отношения к болезни, приемам противодействия болезни, воспитанию выдержки и воли. В соответствии с методикой, больные тиреотоксикозом объединяются в группы по 10 человек. Весь курс лечения состоит из 16-20 сеансов групповой психотерапии, включающей 10 психотерапевтических бесед по специальной программированной тематике и 15—20 (соответственно длительности пребывания в стационаре или на амбулаторном лечении) сеансов групповой гипносуггестии. Беседы длятся 15—20 минут, последующий сеанс гипносуггестии — 30—40 минут. В стационаре сеансы проводятся через день, в поликлинике — 2 раза в неделю; длительность курса — 1,5—2 месяца.

Приблизительная тематика бесед, проводимых в группе, следующая: 1) нервная система и гипертиреоз; 2) гипноз и его лечебные свойства; 3) психотерапевтическое опосредование и потенцирование лечебного режима; 4) отношение к болезни; 5) аутогенная тренировка; 6) приемы воспитания выдержки и воли; 7) заключительная беседа.

А.Л.Гройсман считает оправданным при лечении пациентов с тиреотоксикозом использование методики кодированных внушений, предложенной А.Н.Шогамом и А.И.Катковниковым, в соответствии с которой по рекомендации врача больные сами заранее приносят ему написанные ими тексты лечебных самовнушений, которые по мере возможности включаются в программу сеанса. «Содержание и направленность этих текстов, — отмечает автор, — имеют позитивный и оптимистический характер». Во время проведения гипносеанса больные под ритмический счет врача, проводимый от одного до пяти, повторяют лечебное самовнушение, составленное ими, закодированное соответствующими цифрами. Цифры во время сеанса произносятся врачом. Каждая цифра произносится медленно, с промежутком в 20-30 с. Одновременно больной про себя повторяет формулу самовнушения, закодированную им соответствующими цифрами. Таким образом сохраняется «тайна» лечебных внушений и достигается их дифференцированная индивидуализация.

После этого, перед окончанием сеанса, врач проводит общеукрепляющие и седативные внушения для всей группы в целом, направленные на нивелирование эмоциональных расстройств, нормализацию сна, аппетита и т.п. При тиреотоксикозе А.Л.Гройсман применяет внушения следующего содержания: «С каждым днем, с каждым последующим сеансом настроение будет ровное, спокойное... Никакие тревоги и волнения не будут раздражать Вас, как прежде... Исчезает повышенная возбудимость, возникающая иногда у Вас без причины... Настроение будет ровное, спокойное, а ночной сон крепкий, глубокий... Исчезнет сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца... сердце будет работать спокойно, хорошо, ритмично... Вот и сейчас нет никаких неприятных ощущений в теле. Это специальный лечебный отдых, во время которого отдыхает весь Ваш организм... каждая клеточка нервной системы набирается сил, здоровья... Отдыхают также все внутренние органы... Укрепляется Ваш ночной сон...С каждым последующим сеансом Вы будете засыпать все глубже и крепче... улучшается Ваш аппетит... Настроение становится ровным, спокойным, жизнерадостным... Вы выздоравливаете».

Сахарный диабет

Сахарный диабет представляет собой расстройство метаболизма и сосудистой системы, проявляющееся в том, что организм не в состоянии нормально перерабатывать глюкозу, липиды и белки. Это хроническое заболевание всего обмена веществ, которое характеризуется недостаточным действием инсулина. Это самое частое эндокринное заболевание, встречающееся у подростков. Несмотря на то, что в патологический процесс вовлечен обмен не только углеводородов, но и жиров и белков, заболевание определяется на основе изменений сахара крови.

К типичным клиническим симптомам сахарного диабета относятся жажда, сухость во рту, полиурия, никтурия, похудание. Учащается число мочеиспусканий. Нередко возникает полифагия, которая быстро исчезает. В последующем присоединяются недомогание, повышенная утомляемость, нарастающая слабость, сухость кожи. Часто развиваются пиодермия, фурункулез, грибковые поражения, кожный зуд, заеды в уголках рта. Диагноз подтверждается обнаружением сахара в моче, иногда ацетона и гипергликемией (Исаев Д.Н., 2000).

В происхождении диабета принимают участие многие факторы. Важнейший из них - наследственный. Возникновению заболевания способствуют также инфекционные болезни, психотравмирующие обстоятельства, травмы головы. Доказано, в частности, что эмоциональный стресс через усиленную симпатико-адренергическую стимуляцию может привести к повышению уровня сахара в крови и выделению его с мочой. В то время как у здоровых людей гормогликемия вскоре восстанавливается, при диабете этого не происходит (Исаев Д.Н., 2000). По мнению Luban-Plozza et al. (1994), существуют психофизиологические связи, проявляющиеся увеличением выброса катехоламинов во время психической и физической нагрузки и торможением высвобождения инсулина из бета-клеток поджелудочной железы, что может так изменить обмен углеводов, как это происходит при диабете.

Высокий риск заболевания характерен для населения индустриально развитых стран; например, процент заболевших в населении Германии составляет 2—3% (Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., 1994). Этиология и патогенез различных форм сахарного диабета остаются не вполне изученными.

Психосоматические этиологические факторы диабета

Известно, что существуют определенные психофизиологические связи: в связи с увеличением выброса катехоламинов при психической и физической нагрузке через торможение высвобождения инсулина из бета-клеток поджелудочной железы, обмен углеводородов меняется в направлении диабетического модуса. Чрезвычайно важную роль в развитии диабета играет наследственность и наличие больных диабетом среди родственников.

Острое начало часто имеет место после эмоционального стресса, который нарушает гомеостатическое равновесие у лиц с предрасположенностью к этому заболеванию. В частности, значимыми психологическими факторами, способствующими развитию диабета, являются фрустрация, одиночество и подавленное настроение (Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994). До развития клинических признаков диабета наблюдаются астено-невротические, невротические, аффективно-шоковые и депрессивные реакции (Вечканов В.А., 1973). В ряде случаев они могут являться механизмом, «запускающим» нарушения обмена.

Больные диабетом обычно пытаются как-то регулировать свое состояние с помощью диеты. Поэтому, когда у них депрессивное настроение, они часто нарушают диету — слишком много едят и пьют, что приводит к обострению течения заболевания. Показано, что через посредство усиления симпатико-адренэргической стимуляции эмоциональный стресс может вести к повышению уровня сахара в крови, к выделению его с мочой. В то время как у здоровых после окончания воздействия эмоционально-стрессовых раздражителей гипергликемия вскоре восстанавливается, у здоровых этого не происходит.

Помимо подобного рода интерпретаций, по отношению к больным сахарным диабетом применяют также такие объяснительные термины, как «оральный», «зависимый», «нуждающийся в материнской ласке», «чрезмерно пассивный».

Психологические особенности больных сахарным диабетом

Центральной психологической характеристикой больных сахарным диабетом, по Б.Любан-Плоцца, В.Пельдингер, Ф.Крегер, является постоянное чувство неуверенности, которое окрашивает всю жизненную стратегию этих пациентов. У

взрослых людей Bleuler (1975) выделяет несомненные на его взгляд тенденции к ларвированной депрессии, которые обнаруживают себя при различного рода нагрузках. Черты шизоидности с тенденцией к интровертированности, эмоциональному дистанцированию, избирательному восприятию информации автор находит у больных юношеским диабетом. Хроническое заболевание, отмечает Д.Н.Исаев (2000), может отрицательно повлиять на всю жизненную стратегию больного. Часто он организует свою жизнь вокруг своего страдания, испытывает чувство незащищенности и эмоциональной заброшенности.

Внутренняя картина болезни у детей, страдающих диабетом, искажается отрицательным эмоциональным отношением к заболеванию и его лечению. Она характеризуется изменениями структуры самооценки, приводящими к формированию «комплекса отличия» от здоровых детей. Внутренняя картина болезни определяется также тяжестью течения заболевания, содержанием различных жизненных событий в ходе его развития, родительскими установками в отношении болезни. Внутренняя картина болезни у детей формируется по гипернозогнозическому, гипонозогнозическому и прагматическому типу. Как преувеличение переживаний в связи с болезнью, так и игнорирование болезни с пренебрежением лечения затрудняют адаптацию ребенка, мешают активному осознанному контролю над уровнем сахара в крови (Зелинский СМ., 1993).

Groen, Loos (1973) придают особое значение свойственным этим больным чувству незащищенности и эмоциональной заброшенности. F.Alexander (1950) описывает также сильные рецептивные желания заботы о себе и активный поиск зависимости от других у больных диабетом. Пациенты демонстрируют большую чувствительность к отказам в удовлетворении этих оральных желаний. Reindell et al. (1976) устанавливают у диабетиков «амбивалентные тенденции тревоги, беспокойства, страха с одной стороны и стремления к покою и защищенности с другой».

Литературные данные о психологических тенденциях больных сахарным диабетом, реализуемых в разнообразных психосоматических концепциях психоаналитической ориентации, были проанализированы и обобщены в исследовании Rudolf (1970):

1. Психологические конфликты и различные не оральные потребности удовлетворяются с помощью еды. В этой связи может возникнуть обжорство и ожирение, вслед за чем наступает длительная гипергликемия и, далее, истощение инсулярного аппарата;

2. Вследствие постоянного приравнивания друг к другу еды и любви при отсутствии любви возникает эмоциональное переживание состояния голода и тем самым, независимо от поступления пищи, соответствующий диабетическому голодный обмен веществ;

3. Сохраняющийся в течение всей жизни страх ведет к постоянной готовности к борьбе или бегству с соответствующей гипергликемией без сброса психофизического напряжения. На почве хронической гипергликемии легко формируется сахарный диабет.

Личностные реакции с преимущественными нарушениями поведения в форме психопатоподобных состояний возбудимого или истероидного типа констатируют приблизительно у 10% больных. У многих больных усиливаются такие характерологические реакции, как реакция протеста, отказа, компенсации. У 30% пациентов эти реакции квалифицируются как патохарактерологические, а в значительной части случаев обнаруживается тенденция к патохарактерологическому развитию личности (Зелинский СМ., 1993).

Роль «семейных» факторов в возникновении сахарного диабета

Психологические факторы, связанные с семьей, межличностными взаимоотношениями в семье, уровнем эмоционального принятия и поддержки, могут играть определенную роль в возникновении заболевания (Урванцев Л.П., 1998). Автор замечает, что, в связи с традиционной в рамках психодинамического направления тенденцией, отождествляющей пищу с любовью, недостаток любви, приводя к переживанию состояния голода, формирует «голодный» метаболизм, соответствующий метаболизму больного диабетом. Интенсивный аппетит и склонность к ожирению ведут к стабильной гипергликемии. Нарушение ролевой структуры, эмоциональных компонентов межличностных отношений в родительских семьях ухудшает состояние больных.

Психические нарушения у больных сахарным диабетом

При раннем возникновении заболевания может отмечаться замедление психического развития. Дети отстают в интеллектуальном развитии, хуже здоровых успевают в школе (Socha J., 1969). Диабет у взрослых может сопровождаться астенической симптоматикой в виде повышенной утомляемости, снижения работоспособности, нарушений сна, головной боли, лабильности эмоциональных реакций. Нередко отмечаются вялость, снижение настроения с подавленностью и угнетенностью. Возможны также психопатоподобные расстройства (Коркина М.В., Иванов В.Л., 1988).

Д.Н.Исаев (2000) отмечает у больных, страдающих сахарным диабетом, изменения настроения с преобладанием депрессии, а также молчаливость, апатичность, мнительность, подозрительность, несдержанность, недостаточную мотивацию поступков и склонность к конфликтам с окружающими людьми. Автор выявляет наличие заторможенности со снижением умственных способностей. Почти у всех больных наблюдается астеническое состояние различной степени выраженности: утомляемость, снижение работоспособности, ослабление внимания, головные боли после нагрузок, склонность к гиперемии, диссомния и т.д.

Психические нарушения при сахарном диабете в значительной части случаев сочетаются с симптомами поражения вегетативной нервной системы: головокружениями при вертикализации, «немотивированной» тахикардией, нарушениями функции желудочно-кишечного тракта, мочеполовой сферы, чувствительными расстройствами нижних конечностей.

Психические нарушения наиболее выражены при длительном течении заболевания с гипергликемическими и гипогликемическими коматозными состояниями в анамнезе. Повторные комы способствуют развитию острой или хронической энцефалопатии с нарастанием интеллектуально-мнестических расстройств и эпилептиформными проявлениями. У некоторых больных описывают галлюцинации. При резком уменьшении содержания сахара в крови может возникать неадекватное поведение, которое завершается обеднением сознания и комой (Исаев Д.Н., 2000).

Собственно психотические состояния встречаются нечасто. Острые психозы выражаются в виде делириозных, делири-

озно-аментивных и аментивных состояний, острой галлюцинаторной спутанности (прежде всего в состоянии диабетической прекомы). Кроме этого, встречаются психозы с шизофреноподобной симптоматикой.

По мере утяжеления заболевания и нарастания органического психосиндрома чисто астеническая симптоматика все более отчетливо трансформируется в астенодистимическую, астеноапатическую и астеноадинамическую. Выделяют три варианта диабетической энцефалопатии: астенический, эксплозивный и апатический (Исаев Д.Н., 2000). Развитию энцефалопатии способствуют частые гипогликемические комы, гипогликемические состояния и кетоацидоз.

К наиболее часто встречающимся симптомам энцефалопатии относятся: стойкая церебрастения, легко возникающая истощаемость, раздражительная слабость, снижение памяти, ослабление внимания, инертность, вегетативно-вестибулярная дисфункция. Преобладающая в клинической картине аффективная взрывчатость и наличие эпилептоидных или истерических черт личности расценивается как эксплозивный вариант. Апатический вариант характеризуется сужением круга интересов, слабостью побуждений, пассивностью, замедлением психических процессов и нивелированностью личностных черт.

У детей с минимальной органической недостаточностью сахарный диабет провоцирует обострение скрытых и компенсированных аффективных расстройств (депрессию или тревогу). Более чем у 50% детей имеют место сверхценные страхи темноты, высоты, открытого пространства, несчастных случаев с родителями или самими больными, осложнений основного заболевания, комы, смерти, госпитализации и т.д. Почти у 75% больных отмечаются ночные страхи. В отдельных случаях встречаются фобии животных (собак), инъекций, одиночества. У 10% детей наблюдаются навязчивые действия и движения в форме онихофагии, напряжения крыльев носа, покашливаний, обнюхивания, втягивания воздуха (Исаев Д.Н., 2000).

Психологическая коррекция при сахарном диабете

Медикаментозное лечение, по мнению Д.Н.Исаева (2000), следует сочетать со стабилизацией психического состояния, что облегчает, в свою очередь, и нормализацию соматического состояния. Автор рекомендует внушать больному чувство

уверенности с тем, чтобы он, несмотря на ограниченные заболеванием перспективы, мог развивать свой творческий потенциал и жить по мере возможности полноценной жизнью. Оправдывает себя, отмечает Д.Н.Исаев, включение этих больных в центрированную на болезни групповую терапию или стационарное начало курса психотерапии, проводимого далее в амбулаторных условиях. Особенно эффективна семейная психотерапия с детьми, больными сахарным диабетом, поскольку в семьях могут быть серьезные трудности преодоления болезни и разнообразные нарушения общения, которые могут становиться причиной обострения диабета у детей (Minuchin S. et al., 1983).

Существуют разработки, направленные на создание обучающей программы «школы диабета» (Атаманов В.М., Голышева В.А., 2000). В проводимых лечебно-педагогических группах школы создается доброжелательная атмосфера «круглого стола», где каждый желающий может высказаться по предложенной ведущим медработником теме обсуждения: сущность и проявления заболевания, инсулинотерапия, физическая активность при сахарном диабете, сосудистые осложнения в структуре болезни, проблемы беременности и контрацепции. Информация о сахарном диабете подается в позитивной манере, простым языком с минимумом хорошо разъясненных медицинских терминов. Доверительные отношения, установившиеся с пациентами в учебной группе, предполагают наличие обратной связи, способствуют распространению положительного опыта лечения отдельных лиц на остальную группу.

Успех реализации обучающей программы «школы диабета» во многом зависит от стадии заболевания, интеллектуального потенциала больного, от таких характеристик ведения занятий, как простота, доверительность, наглядность, от финансовых возможностей пациента, определяющих возможность приобретения средств самоконтроля, от разнообразных мотивационных факторов. Следует также отметить, что одной из частых причин декомпенсации сахарного диабета является невозможность для пациента выполнять рекомендации эндокринолога по различным социально-психологическим причинам.

В ходе занятий важно привести в соответствие внешнюю и внутреннюю картины болезни, что позволяет заболевшему

более осознанно подходить к предлагаемой лечебной программе. «Школа сахарного диабета» может и должна являться не только средством реализации обучающей программы, но и специфическим инструментом коррекции внутренней картины болезни, что, в свою очередь, способствует более адекватному поведению больного: он более осознанно подходит **к** проведению лечебных мероприятий.

Неспецифический хронический полиартрит

Речь идет об общем воспалительном заболевании, которое длится годами и оставляет неустранимые повреждения суставов. Ревматоидный артрит представляет собой заболевание, характеризующееся хронической болью в скелетных мышцах, обусловленной воспалительным заболеванием суставов. Это расстройство в значительной мере связано с наследственными, а также аллергическими, иммунологическими и психологическими этиологическими факторами. Морбидность по этому заболеванию повышена среди женщин второй половины жизни. В группе воспалительной ревматической патологии хронический полиартрит представляет собой основное заболевание. Манифестация заболевания очень часто связана с физическими и психическими экстремальными ситуациями. Больной артритом чувствует скованность, его конечности как бы связаны, движения ограничены. Поскольку многие из этих больных до начала заболевания были физически очень активными (например танцорами), у них часто имеет место подавленный гнев по поводу заторможенного состояния мышц, что еще более увеличивает их скованность и неподвижность. Несмотря на то, что этиология и патогенез этого заболевания до конца не исследованы, его рассматривают как автономную патологию в рамках иммунопатологического процесса.

Психологические особенности больных хроническим полиартритом

Основу психодинамического процесса при хроническом полиартрите, по Ф.Александеру, формирует состояние хронически латентного бунта, полного ненависти. На начальных этапах больные пытаются контролировать свою агрессив-

ность повышенным контролем, демонстрируя самообладание практически во всех жизненных ситуациях. Чувство ненависти, отмечает Ф.Александер, часто загоняет их в интенсивную мышечную работу по дому, в саду, или в занятия спортом. Лишь на более поздних стадиях развития заболевания агрессивность сублимируется в позицию готовности оказания помощи окружающим. Агрессивные импульсы, переживаемые больными как угрожающие, при этом высвобождаются со все большим трудом и все менее доступны контролю. В этом своеобразном «вынужденном» состоянии происходит ступенчатое нарастание ригидности двигательного аппарата, пациент как бы надевает на себя смирительную рубашку для защиты от агрессивных побуждений.

В случае уже сформировавшейся патологии обращают на себя внимание такие отличительные психологические характеристики этих больных, как терпеливость, непритязательность, невзыскательность (Lichtwitz, 1936), в противоположность раздражительности пациентов с ампутированными конечностями и агрессивности парализованных больных (Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., 1994). При этом, как отмечают авторы, «их терпеливая непритязательность находится в противоречии объективным данным о заболевании. В преморбиде пациенты характеризуются преимущественно как тихие, малозаметные люди. Их отличает старательность и добросовестность. Часто выделяется их альтруистическое поведение, что, в сочетании с энергией и жаждой деятельности, делает их непревзойденными матерями и неутомимыми сиделками. В преморбиде будущие пациенты уделяют крайне мало внимания своей телесности, отличаясь бедным самовосприятием и редуцированным самопознанием. Их терпеливость, вероятно, соответствует внутреннему запрету на открытое выражение остаточных агрессивных побуждений» (Alexander, 1951; Rimon, 1969; Schild, 1967; Weintraub, 1969).

В самом начале заболевания пациентов с хроническим полиартритом характеризует, как правило, враждебно-отвергающая психологическая позиция по отношению к окружающим людям, вследствие чего их бывает трудно заставить лечиться. Такие больные поначалу часто меняют врачей, но впоследствии как будто бы безропотно примиряются со своим страданием.

Заболевания кожи

Психосоматические заболевания кожи включают целый ряд патологических проявлений со стороны кожи. Ухудшение течения этих заболеваний и реакция на них в значительной степени зависят от эмоциональных факторов. Так, например, эмоциями, которые наиболее часто приводят к генерализованному психогенному пруритусу (кожный зуд), являются *«репрессированный гнев»* и *«репрессированная тревога»* (Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994). Общей отличительной особенностью этих лиц является «необычайная потребность в ласке» (Каштан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994). Фрустрация в отношении этой потребности вызывает агрессивность, которая неизбежно тормозится. «Расчесывание кожи, — отмечают авторы, — доставляет удовольствие, заменяющее фрустрирующую потребность в ласке; кроме того, расчесывание представляет собой агрессию, направленную против самого себя».

В условиях *длительного эмоционального стресса* чрезмерная потливость (гипергидроз) может приводить ко вторичным изменениям со стороны кожи, кожным высыпаниям, волдырям и инфекциям; вследствие этого она может лежать в основе целого ряда кожных заболеваний, которые первично не связаны с эмоциями. В целом гипергидроз может рассматриваться как феномен тревожности, опосредованный вегетативной нервной системой; его следует отличать от гипергидроза, вызванного лекарствами (Каштан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994).

Одним из важнейших физиологических последствий гиперкатехоламинемии при стойких и не слишком глубоких аффективных нарушениях является настройка всех анализаторных систем организма на предельно обостренное восприятие окружающей среды (вполне закономерная реакция на поступивший в центральную нервную систему сигнал бедствия или тревоги). Активация филогенетически более древних форм протопатической чувствительности, типичная для субдепрессивных и депрессивных состояний, обусловливает особую интенсивность и яркость восприятия болевых, тактильных и температурных воздействий. Клиническим отражением зависимости целостного восприятия не только и не столько от интенсивности самого раздражителя, сколько от функционального состояния рецепторных структур, оказывается кожная гиперестезия — патологически повышенная чувстви-

тельность с тягостным аффективным оттенком, при которой слабые или обычно не осязаемые влияния осознаются как сильные или даже экстремальные (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986).

Психологические (эмоциональные) факторы в возникновении заболеваний кожи

Психосоматические кожные заболевания, составляющие 14—18% всех дерматозов, могут быть связаны с первичными психоэмоциональными нарушениями, органическими поражениями, приводящими к эмоциональным сдвигам, или сочетанным воздействием органических и эмоциональных факторов (Исаев Д.Н., 2000). Особая роль эмоционального стресса в развитии многих кожных заболеваний издавна отмечается дерматологами (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986).

Кожа как «психосоматический орган человека» является «базисным органом всех восприятий» (Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., 1994), «фокусом проявления внутренних конфликтов». Именно повышенная впечатлительность, чувствительность, чрезмерная эмоциональная включенность в происходящие события имеется в виду, когда говорят о человеке «с тонкой кожей», или о человеке «с содраной кожей». *Излишний эмоциональный контакт* с миром реализуется в виде экзем, различных заболеваний кожи. Впрочем, заболевание формируется, как отмечают авторы, в случае наличия врожденной предрасположенности к «кожным реакциям» в виде экзем или нейродермита. Так, экзема в психосоматическом плане рассматривается как выражение нарушений отношений с матерью.

Для возникновения экземы, отмечает Spitz (1967), существенным фактором является *психологическая структура индивидуальностиматери,* которая, по мнению автора, отличается, во-первых, чертами инфантилизма и, во-вторых, отверганием и враждебностью под маской заботы. Такая мать, проявляющая враждебность, замаскированную под боязливость, неохотно дотрагивается до своего ребенка, неохотно ухаживает за ним, систематически воздерживается от кожного контакта. «Ребенок, со своей стороны, демонстрирует врожденную предрасположенность к повышенным кожным реакциям, которые ведут к усилению кожного представительства воспринимаемых психологических конфликтов, что в психоаналитической терминологии обозначается как либидинозная загрузка поверхности кожи».

Этиологические факторы кожных болезней

«Условно-патогенные» раздражители могут выступать в роли этиологических факторов кожных заболеваний. Психогенные факторы вызывают изменения в коже с участием вегетативной нервной системы, гуморальных и сосудистых механизмов. R.H.Champion, W.E.Parish (1975) полагают, что изменение просвета сосудов и притока крови к коже при частой и быстрой смене эмоций может подготовить почву для развития дерматоза, способствуя возникновению воспалительного процесса, который, в свою очередь, сочетается с повышением чувствительности кожного покрова к аллергенам и травмирующим факторам. Повышение в крови уровня биологически активных веществ (гистамина, протеаз), обусловленное продолжительным эмоциональным напряжением, усиливает аллергию, являющуюся одним из основных этиологических механизмов нейродермита (Горизонтов П.Д. и др., 1979).

Представление о патогенезе нейродермита может сложиться только при изучении личности, так как чувствительность к стрессовым ситуациям зависит от индивидуальных психологических особенностей (Исаев Д.Н., 2000). Значительную роль отводят возникновению психовегетативного синдрома — предболезненного состояния, важного звена патогенеза психосоматических расстройств, а также вегето-сосудистой дистонии — одного из этапов развития психосоматической болезни (Губачев Ю.М., Стабровский Е.М., 1981).

Проблема функциональных расстройств высшей нервной деятельности, непосредственно сказывающихся в тех или иных изменениях реактивности кожи, неизбежно сводится в конечном счете к нейрогуморальным проявлениям эмоций в норме и в патологии. Все большее внимание специалистов привлекают в связи с этим вопросы депрессивных состояний, «замаскированных» кожной симптоматикой. Всевозможные кожные реакции выступают в таких случаях как своеобразное зеркальное отражение внутреннего и прежде всего эмоционального состояния человека (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986). В роли «кинетических эквивалентов» чрезмерных эмоциональных перегрузок, отмечают авторы, выступают, наряду с другими соматическими нарушениями, универсальный или локальный зуд и рецидивирующая крапивница, псориаз и красный плоский лишай, нейродермит и экзема.

Любая кожная реакция, сформировавшаяся в условиях стрессовой ситуации в виде преходящего функционального нарушения, может наблюдаться и в дальнейшем (при затянувшихся или рецидивирующих эмоциональных расстройствах) в форме стереотипно повторяющегося или хронифицирующегося патологического процесса с определенными вазомоторными, секреторными и трофическими изменениями кожных покровов. Непосредственной причиной возникновения или обострения кожного страдания становятся при этом всевозможные неблагоприятные для организма неспецифические воздействия: переутомление и физическая травма, переохлаждение или перегревание, нарушение установившегося стереотипа (ломка жизненного стереотипа), алкогольные эксцессы, острые психические травмы и конфликтные ситуации, соматогенная и постинфекционная астения и т.д. Рецидивы патологического процесса развиваются у этих больных по механизму «оживления следов» даже при многолетней, практически полной ремиссии и бесспорном отсутствии какой-либо связи с непосредственной причиной изначального поражения кожи. Характерно, что интенсивность кожной реакции центрального происхождения значительно превосходит нередко симптоматику соответствующего патологического процесса в анамнезе (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986).

Особенности личности больных с заболеваниями кожи

Пациенты с заболеваниями кожи часто характеризуются выраженной пассивностью, пассивной позицией в межличностных контактах (Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., 1994). Этим лицам трудно дается самоутверждение. Наиболее частым эмоциональным симптомом является страх; довольно распространено наличие в анамнезе суицидальных тенденций, депрессивных эпизодов. Рядом авторов отмечается сниженная фрустрационная толерантность, нестабильная «Я-концепция», а также коммуникативные трудности в социальной сфере.

Больным с кожным патологическим процессом свойственны: гиперболизированное чувство физической и социальной неполноценности, обостренная восприимчивость к реакциям окружающих, которые усугубляют аффективную напряженность пациентов, их подозрительность и настороженность с

чертами негативизма и склонностью к социальной изолированности (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986). Замкнутость и раздражительность таких пациентов может достигать озлобленности и агрессивности, затрудняя установление психологического контакта с ними. Самые ничтожные косметические недостатки, самые заурядные кожные изменения превращаются в «болезнь» за счет патологического преломления их в сознании эмоционально нестабильного индивида и его сверхценного к ним отношения.

Решающее значение в хронификации или частом рецидивировании многих кожных заболеваний, отмечают В.Д.Тополянский и М.В.Струковская (1986), получают не столько какие-то специальные, строго соответствующие тому или иному дерматозу воздействия, сколько совершенно неспецифические и тем не менее вполне конкретные изменения центральной регуляции кожных покровов, свойственные эмоционально нестабильной личности. Всевозможные, даже самые ничтожные подпороговые раздражители приобретают характер чрезвычайных на фоне общей психической гиперестезии и все большего снижения резистентности кожи к этим влияниям.

В качестве прямого следствия психической гиперестезии можно рассматривать, очевидно, и аномальную метеочувствительность, считают авторы, — повышенную зябкость, ощущение онемения, жжения, зуда, а изредка и жгучей боли в дистальных отделах конечностей даже при незначительном и непродолжительном охлаждении не только зимой, но и в сырую осень. Такие больные испытывают, как правило, панический страх сквозняков и открытых форточек; сужение поверхностных сосудов с резкой бледностью и обильное потоотделение порой развиваются у этих пациентов при одном лишь представлении об угрозе якобы губительного для них «тока холодного воздуха».

Выраженные вазомоторные нарушения как бы оправдывают ипохондрические страхи и опасения больных, еще более усугубляя ипохондрическую фиксацию, а дополнительные ятрогенные влияния окончательно закрепляют и, по существу, узаконивают ипохондрическое развитие личности.

Нервно-психические расстройства при заболеваниях кожи

У детей, страдающих нейродермитом, наиболее часто встречаются: астенические расстройства, астеносубдепрессивные

расстройства, тревожные расстройства, истерическая симптоматика и нарушения поведения (Калашников Б.С., 1986). Астенические расстройства сопровождаются низкой работоспособностью, утомляемостью, замедлением темпа учебной и игровой деятельности, неусидчивостью, отвлекаемостью и истощаемостью психических функций. При этом нередко отмечаются головные боли, затруднения засыпания, частые ночные пробуждения. Настроение неустойчивое. При наличии астено-субдепрессивных расстройств отмечается также подавленность, сниженная активность и невысокая общительность с отсутствием инициативы в установлении социальных контактов. Тревожные расстройства определяются наличием в клинической картине состояний напряженности, беспокойства и страхов разнообразного содержания (Исаев Д.Н., 2000).

Депрессия с аутоагрессивными тенденциями диагностируется, по данным проведенного на 200 больных исследования, у 66% больных нейродермитом (Schulmeyer M., 1977). Аффективные расстройства, как правило, предшествующие развитию кожного патологического процесса, констатируют у подавляющего большинства больных экземой; у 55% из них диагностируют депрессивные состояния (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986). Клиническим отражением стойких депрессивных состояний становятся явные трофические расстройства и прежде всего «старение» кожных покровов. Трофические нарушения кожных покровов сочетаются обычно с изменением фактуры и цвета волос. Тяжелым душевным переживаниям сопутствует, как правило, обесцвечивание волос (поседение). Чрезмерные или длительные аффективные перегрузки с нарастающей астенизацией организма становятся причиной диффузного, очагового или тотального облысения.

Депрессивные состояния при этом обусловливается, как отмечают авторы, исходными особенностями и типом высшей нервной деятельности, объективной остротой психотравмирующей ситуации и, главное, субъективной значимостью ее для больного.

На возможность психогенной природы кожного страдания указывает обычно и предшествующая ему невротическая симптоматика с более или менее выраженными аффективными расстройствами депрессивного круга. Тяжелые психические переживания или чрезмерные эмоциональные нагрузки ложатся в основу жалоб таких больных на непрестанную сла-

бость и быструю утомляемость, постоянную внутреннюю напряженность и явную тенденцию к снижению настроения по всякому поводу, тревожность и мнительность, подавленность и тоскливость, утрату прежних интересов и стимулов к действию, плаксивость и самоуглубленность, стремление к покою и одиночеству, расстройства сна и аппетита, снижение либидо и потенции (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986).

О выраженной эмоциональной нестабильности больного или о наличии стойких аффективных нарушений свидетельствует яркая вегетативная симптоматика. Вегетативная нервная система, отмечают авторы, выступает при этом как одно из промежуточных звеньев в сложной рефлекторной деятельности центральной нервной системы, определяющей функциональное состояние кожных покровов. Почти у всех больных с кожными проявлениями аффективных нарушений возникают кардиалгии и приступы сердцебиений в покое. С явными вазомоторными расстройствами в коже сочетаются нередко головная боль типа мигрени и периодические головокружения; у значительного числа больных регистрируют при этом стойкую артериальную гипотензию. В ряде случаев возможен неинфекционный субфебрилитет.

Улучшение самочувствия и настроения может быть связано со сменой «психологической доминанты», определяющей значимость для личности тех или иных событий и явлений, а также интенсивность эмоциональных реакций на эти события: «Любое новое и, главное, достаточно сильное воздействие, создающее новую доминанту (отвлекающую, переключающую на себя или просто перекрывающую прежние патологические рефлексы), обусловливает тем самым заметное смягчение кожной симптоматики».

Нейродермит

Нейродермит — хроническое, часто рецидивирующее воспалительное заболевание кожи, проявляющееся интенсивным зудом, папулезными высыпаниями и выраженной лихенизацией. Преимущественное значение в его происхождении придается аллергическим факторам, иммунным и гормональным нарушениям, а также дисфункции центральной нервной системы (Исаев Д.Н., 2000). В патогенезе принимают участие конституционально измененная реактивность из-за внутриутробной сенсибилизации к алиментарным, медикаментозным, ин-

фекционным, бытовым и другим агентам (Зверькова Ф.А., 1985). Существенна также роль функциональной недостаточности иммунной системы, часто возникают осложнения и сопутствующие заболевания. В этиологии нейродермита также играют роль врожденные функциональные особенности вегетативной нервной системы, поливалентная сенсибилизация и аутоаллергия, нарушения нейроэндокринной регуляции, изменения водного, минерального, белкового, углеводного и жирового обмена (Штейнлухт Л.А., Зверькова Ф.А., 1979).

Нередко такие больные страдают различными нервно-психическими расстройствами; у них выявляются патохарактерологические особенности и нарушения межличностных взаимоотношений. В частности, с состоянием кожи связывают необычную эмоциональную реактивность (Исаев Д.Н., 2000). Нейродермит, отмечают В.Д.Тополянский и М.В.Струковская (1986), все чаще рассматривают как «неадекватное» кожное проявление скрытого внутреннего напряжения, обусловленного экстремальными или сложными для индивида жизненными обстоятельствами. Депрессия, по мнению авторов, способствует формированию и обострению хронической экземы, отмечаемой при депрессивных психозах в среднем у 26% больных. Возникновение или обострение кожного патологического процесса оказывается порой наиболее наглядным или даже первым признаком ухудшения психического состояния больного.

Хроническая боль

Упорные хронические боли составляют наиболее частые жалобы больных, хотя этот симптом особенно трудно лечить из-за того, что он обусловлен различными этиологическими факторами, и из-за того, что индивидуальные реакции на боль очень вариабельны (Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994). Основная черта болевого синдрома — жалобы на боль в отсутствие физических расстройств или жалобы на боль, которая намного сильнее, чем это могло бы быть обусловлено физическим состоянием. Часто средовой стрессор обнаруживается как нечто предшествующее боли. Подобно конверсионным реакциям, жалобы на боль могут освобождать личность от определенной ответственности и дают право на эмоциональную поддержку, которая иным образом не может быть приобретена (Исаев Д.Н., 2000).

На боль оказывают свое специфическое воздействие такие субъективные психологические факторы, как уровень внимания, эмоциональное состояние, особенности личности, прошлый жизненный опыт. Под воздействием психологических факторов человек может так сосредоточиться на соматических ощущениях, что даже нормальные сенсорные сигналы усиливаются до степени интенсивности хронической боли. Больные могут чрезмерно реагировать на боль ради личной, социальной или вторичной финансовой выгоды. Хроническая боль может быть способом избавления от неудачной попытки установления взаимоотношений с другими людьми. Участие в культурных, этнических или религиозных обществах может оказывать влияние на степень и способ, с помощью которого субъект выражает боль, а члены семьи реагируют на жалобы. Поэтому при оценке и лечении упорных болей врач должен понимать, что боль — это не просто феномен в ряду последовательности «стимул — ответ». Напротив, реакция на боль является многофакторной и включает в себя множество биопсихологических переменных (Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994). При этом, как отмечают некоторые авторы, психогенная головная боль встречается чаще, чем все другие формы головной боли, вместе взятые (Hegglin R., 1961).

Квалификация хронической боли

В DSM-III-R классификация хронической боли приведена в разделе, посвященным соматоформным расстройствам. Если больной страдал многочисленными повторяющимися приступами боли в течение по меньшей мере 10 лет, которые начались в возрасте до 30 лет, они рассматриваются как соматоформное расстройство. В том случае, если больной считает, что страдает соматическим заболеванием, в то время как в действительности оно вызвано лишь психологическими факторами, ставится диагноз конверсионного расстройства или соматоформного расстройства в виде боли (если боль является единственным симптомом). При конверсионных расстройствах распространенность и локализация болей непостоянны (Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994).

Дифференциальный диагноз

Больные с расстройствами в виде соматизации, депрессии или шизофрении жалуются на различные тупые или интен-

сивные боли. Своеобразная головная боль выступает как один из наиболее распространенных признаков депрессивной фазы циклотимии. Головная боль различной локализации и длительности как эквивалент депрессивного приступа описана еще в начале XX века (Diehl A., 1904). К разряду стертых, маскированных депрессий относятся скорее всего и многие случаи гемикрании или диффузной головной боли при истероипохондрических расстройствах. Очень острая подчас головная боль, требующая исключения объемного процесса головного мозга, может оказаться, наконец, одним из наиболее постоянных симптомов при неврозоподобном продроме шизофрении, характеризующемся преимущественно аффективными нарушениями (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986).

Психологическая коррекция пациентов с хронической болью

Г.И.Каплан, Б.Дж.Сэдок (1994) предлагают вариант поведенческой психологической коррекции, который включает в себя ряд положений по организации жизнедеятельности пациентов. Авторами рекомендуется при работе с пациентом изменить его поведение, провести с ним дезобусловливающую программу. Обезболивание должно проводиться регулярно, отмечают исследователи, а не только в тот момент, когда возникает боль. В противном случае пациенты испытывают страдание до того, как получают помощь, и это только увеличивает их тревожность и чувствительность к боли. Непрерывное лечение отделяет ощущение боли от получения облегчения. Дезобусловливание потребности в заботе от переживаемых ощущений боли должно также проводиться с учетом межличностных взаимоотношений больного. Следует уделять как можно больше внимания тому, чтобы больные сохраняли активность и нормальную жизнедеятельность, а не становились пассивными, зависимыми, постоянно занятыми мыслями о своей боли. Их супруги, начальство, друзья, врачи, работники службы здоровья и представители социальных служб не должны способствовать подкреплению хронической боли и не наказывать больных, когда они отказываются от социальной роли «больного человека». Надо убеждать больных, что им обеспечена регулярная, в том числе и материальная поддержка, не зависящая от боли. По возможности следует также избегать госпитализации, чтобы предотвратить дальнейший регресс.

В противоболевых клиниках было выявлено, что при хронической боли в большинстве случаев вырабатывается порочный круг из биологических и психосоциальных факторов, так что наиболее эффективным оказывается лечение, основанное на системном подходе, направленном на комплексное воздействие на каждый значимый для больного биосоциальный компонент.

Головная боль

Группу психосоматических нарушений псевдоневрологического круга характеризуют прежде всего жалобы на головную боль. Эту совершенно особую боль, чаще диффузную, реже в одной половине головы или в ограниченной, четко очерченной области, рассматривают как общий признак любого состояния, проявляющегося «нервной слабостью». Постоянная, временами усиливающаяся головная боль, чаще тупая, ноющая, иногда довольно интенсивная и даже мигренеподобная, оказывается одной из наиболее стойких жалоб больных при невротических и псевдоневротических состояниях (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986).

Головные боли являются наиболее частым неврологическим нарушением и одной из наиболее частых жалоб, высказываемых больными. Установлено, что около 80% населения страдают головной болью по меньшей мере один раз в течение года, а от 10 до 20% населения обращается к врачу по поводу головной боли, являющейся у них основным нарушением (Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994). Головные боли являются также основной причиной невыхода на работу или избегания других видов общественной и личной деятельности.

Большая часть всевозможных головных болей не связана с органическими заболеваниями. У многих людей головные боли наблюдаются во время стрессов. Психологические стрессы обычно вызывают обострение головных болей, независимо от того, обусловлены ли они физическими или психологическими причинами. Психосоматические головные боли при этом несколько отличаются от психогенных (например, при тревоге, депрессии, ипохондрии) головных болей. Психосоматические головные боли есть вегетативные реакции на сознательные и бессознательные конфликты и не являются, в отличие от конверсионных симптомов, символическими по своей природе.

Очень неопределенная и подчас даже едва ощутимая, но крайне тягостная и мучительная тимопатическая головная боль возникает, как правило, на фоне нарастающей аффективной напряженности, длительных эмоциональных перегрузок и неотреагированных отрицательных эмоций. Характерно появление или усиление болезненных ощущений в голове при подавлении смутной тревоги или раздражения в процессе затянувшегося клинического обследования с повторным направлением на рентгенографию черепа либо при аффективно значимой для пациента беседе с врачом или родственниками. Чувство тяжести и распирания в голове сопряжено, как правило, с наплывами неуправляемых мыслей тревожно-депрессивного содержания (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986).

Не только интенсивность и локализация, но и характер болевых ощущений меняются день ото дня. Наиболее постоянны жалобы на ощущения давления и тяжести; нередко встречается синдром так называемой неврастенической каски (ощущение полоски, обруча на голове, ремня, стягивающего лоб, тюбетейки на затылке), «Это то, что мы называем каской, — говорит J.-M.Charcot (1888), — различая заднюю часть каски, верхушку, а иногда, когда она бывает полной, и козырек. У больного остается свободным только лицо: он испытывает чувство давления во всех этих частях...». Чувство давления и тяжести в голове может принимать на высоте депрессивно-ипохондрического состояния все более «материализованный» характер, трансформируясь (при эндогенной депрессии) в ощущение какого-то физического недостатка или инородного тела в голове, где словно мешает что-то (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986).

Функциональные головные боли могут выступать в форме сосудистых (мигрень) и головных болей, связанных с напряжением. В отличие от психогенной боли пульсирующего характера сосудистая боль (ее ритм совпадает с ударами пульса) стихает или исчезает при сдавлении сонной артерии. Мигрень, или головная боль, обусловленная сосудистыми нарушениями, является пароксизмальным расстройством; она характеризуется периодическими головными болями, сопровождающимися или не сопровождающимися желудочно-кишечными расстройствами. Возможно, что это состояние связано с нарушением внутричерепного кровообращения (Ка-

план Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994). Причина приступа мигрени — начальное спастическое сужение сосудов мозга. В дальнейшем происходит расширение артерий с формированием отека, который поддерживает болевой синдром в течение нескольких часов или дней.

Головная боль напряжения возникает в результате постоянного напряжения мышц затылка и плечевого пояса, боль распространяется от мест прикрепления мышц по всей голове (Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., 1994). Эмоциональный стресс часто связан с длительным сокращением мышц головы и шеи, которое может в течение нескольких часов вызывать сокращение кровеносных сосудов и ишемию. Тупая, ноющая боль часто начинается в нижней части затылка и может распространяться на всю голову, иногда вызывая ощущение, как будто голова туго перевязана лентой. Иногда бывает больно дотронуться до кожи, и, в отличие от мигрени, головная боль обычно двусторонняя и не имеет продрома, протекает без тошноты и рвоты. Возникает она часто к концу рабочего дня или в начале вечера, иногда после того, как у человека спадает давление, связанное со стрессами, переживаемыми на работе, он пытается расслабиться и сосредоточиться больше на соматических ощущениях.

По Barolin (1969), во врачебной практике наиболее частой является тройная комбинация: сочетание головной боли, депрессивности и злоупотребления лекарствами.

Головные боли сопровождают следующие нарушения:

1. Психосоматические реакции на острую травму или острый конфликт. Кратковременные головные боли могут замещать обиду, враждебность и гнев. Они могут выступать в качестве реакции на переутомление и могут формироваться на основе внутренних или внешних перегрузок на фоне конфликта, связанного с признанием собственной значимости. При головных болях напряжения часто наблюдается «пусковая ситуация» невозможности достижения желаемого социального успеха;

2. Нарушения личностного развития. Различают простые аномалии душевного развития, при которых конфликты осознаются, и аномалии душевного развития, при которых конфликты вытесняются в бессознательное. Примером простой аномалии развития является депрессия истощения по Kielholz (1971), выступающая как следствие длительной аф-

фективной нагрузки и протекающая, как правило, в трех стадиях. На первой, астенически-гиперэстетической, стадии больные раздражительны и очень чувствительны. На второй стадии появляются психосоматические жалобы, среди которых на первом месте стоят головные боли. Лишь на третьей стадии наконец появляется собственно депрессивная симптоматика в психической и истощение адренэргической нервной системы в соматической сферах (типичный «синдром головной боли» второй половины жизни). Примером аномалий душевного развития с вытесненными в бессознательное конфликтами являются невротическое нарушение развития и психосоматические заболевания в узком смысле;

3.Дисфорические состояния у психопатических личностей;

4. Эндогенные психозы. Прежде всего отмечаются головные боли в рамках шизофренного круга. Это симптоматические шизофренные психозы, как, например, сенестетическая шизофрения, при которой важнейшим симптомом являются своеобразные ощущения в области головы. Эти больные часто имеют трудности в вербализации своих ощущений и описывают ощущения в голове не как собственно болевой феномен, а, скорее, как своеобразное чувство, которое может граничить с деперсонализацией.

Головные боли являются частым психосоматическим симптомом при депрессии. Эти депрессии описывают как скрытые или маскированные (Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., 1994).

За жалобами на головную боль могут скрываться расстройства сенестезии, психосенсорные расстройства, снижение умственной работоспособности, нарушения мышления, а также явления дереализации и деперсонализации, связанные с резким изменением сенестезии. Однако за всеми этими психопатологическими феноменами стоит в конечном счете депрессия с чувством страдания (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986).

Психологические особенности пациентов с головной болью

Б.Любан-Плоцца, В.Пельдингер, Ф.Крегер (1994) отмечают уровень интеллекта таких пациентов преимущественно выше среднего, с чертами «интеллектуального негативизма». У пациентов с головными болями часто встречаются анксиоз-

ные проявления, повышенное честолюбие и стремление к доминированию, склонность к перфекционизму и, вследствие этого, хронические психические перегрузки. Высокий уровень притязаний ведет к конфликту с реальными возможностями и страхами, подавляемой агрессивностью и фрустрациями, что может находить выражение в фоновом состоянии хронической напряженности.

Пациенты с приступами мигрени в большинстве случаев демонстрируют подавленную враждебность, которая, по Fromm-Reichmann (1959), представляет собой «враждебную завистливую установку, специфически направленную против интеллектуальных достижений других. Это имеет значение при выборе органа страдания».

Б. Любан-Плоцца, В.Пельдингер, Ф.Крегер (1994) понимают мигрень как «жульничество». По мнению авторов, головная боль в данном случае служит «сокрытию душевных конфликтов, которые больной не «должен» сообщать. Приступ мигрени может давать больному элементы вторичного удовлетворения: он дает возможность манипулировать семьей или наказывать окружающий мир».

Г.И.Каплан и Б.Дж.Сэдок (1994) в семейном анамнезе больных, страдающих мигренью, в 2/3 всех случаев находят наличие этого или сходного расстройств. Характеризуя таких пациентов, авторы отмечают, что личности, склонные к навязчивостям, которые внешне сохраняют контроль над собой и склонны к педантизму, подавляют свой гнев и поэтому генетически предрасположены к мигрени; головная боль у них может развиваться также в результате тяжелых неспецифических эмоциональных конфликтов или стрессов.

Лица со склонностью к напряженности, конфликтности, «натянутые как струна», личности типа «А» склонны к головной боли напряжения.

Психологическая коррекция при головной боли

Психологическая переработка конфликта может происходить в рамках краткосрочной терапии, действенность которой часто повышается в результате сопровождающего психофармакологического лечения. Целесообразно комбинировать фармако-, психо- и физиотерапевтические мероприятия. С помощью дыхательных упражнений и гимнастики (в том числе в группах) психотерапия может быть позднее расширена в

смысле «психосоматического тренинга» (по Luban-Plozza) и комбинироваться с функциональной релаксацией.

При головной боли напряжения особенно эффективной может быть психотерапевтическое воздействие. При этом наиболее эффективным способом долговременного воздействия на данное расстройство является обучение умению избегать напряжения или лучше справляться с ним. Релаксация, наблюдающаяся в периоды тренировки, медитации или при других изменениях образа жизни, при котором имело место сильное давление, у некоторых больных может вызвать симптоматическое облегчение (Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994).

В литературе приводятся данные о наличии тесной связи между социально-психологическими факторами, с одной стороны, и иммунными процессами, с другой. Социально-психологические процессы, отмечают Г.И.Каплан и Б.Дж.Сэдок (1994), включая психологические реакции на условия жизни, общее самочувствие, а также устойчивые характеристики личности, оказывают свое воздействие на центральную нервную систему, поддерживая или подавляя имунную активность. Эмоциональные факторы, пишут в своей статье «Эмоции, иммунитет и болезнь» Дж.Б.Соломон и А.А.Амкраут (1984), играют роль в возникновении и течении заболеваний, в которых затронута иммунологическая резистентность, — инфекционных и опухолевых, а также заболеваний, связанных с иммунологическими отклонениями, — аллергических и аутоиммунных (Соломон Дж.Б., Амкраут А.А., 1984).

В частности, на состояние эндокринной системы в значительной степени влияют психологические факторы, такие, например, как преимущественные способы переживания длительных фиксированных психических состояний, устойчивые свойства личности, обусловливающие характерные паттерны эмоционального реагирования, индивидуально-психологические реакции на стресс и различные жизненные трудности. Эти психологические факторы опосредованно, через воздействие на различные гормональные системы, воздействуют на иммунные процессы. Из гормональных систем, служащих своеобразным проводником психосоциальных воздействий, влияющих на положение индивида по оси «здоровье — болезнь», лучше всего изучена питуитарно-адренокортикотропная система (Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994). Под воздействием различного

рода стрессов возникают изменения на эмоциональном уровне, затрагивающие соматические эквиваленты разнообразных эмоций, с высвобождением адренокортикотропного гормона и кортикостероидов. Кортикостероиды разрушают различные иммунные функции и обычно подавляют, но в ряде случаев могут и усиливать иммунную активность.

Имеются данные о том, что на быстроту выздоровления от инфекционного мононуклеоза и гриппа влияют психологические реакции заболевшего. Психологические факторы влияют также на подверженность общим простудным риновирусным заболеваниям и туляремией. Обнаружено, что рекуррентный простой герпес появляется более часто у больных с клинической депрессией и у тех, кто пережил чрезвычайный стресс.

События, вызывающие стресс, плохое психологическое состояние снижают сопротивляемость к туберкулезу и влияют на течение этого заболевания. Важную роль в выздоровлении от туберкулеза играет социальная поддержка.

Отмечается также, что условия жизни, в которых у человека неизбежно возникает гнев, опосредованно, через эмоциональные реакции нарушают бактериальную флору кишечника. Студенты колледжа, которые реагируют на тяжелые жизненные события дезадаптивной агрессией или аффективными нарушениями, впоследствии чаще заболевают респираторными инфекционными заболеваниями верхних дыхательных путей.

Множественные клинические факторы показывают, что психологические факторы играют важную роль в возникновении аллергических расстройств. Бронхиальная астма — яркий пример патологического процесса, включающего незамедлительную гиперчувствительность, которая связана с психосоциальными процессами. Началу астмы могут способствовать эмоциональные реакции на жизненные трудности, личностные особенности и обусловливание (условные реакции).

Психологические факторы играют определенную роль в трансплантации (пересадке) органов. В ряде клинических исследований отмечается, что события, вызывающие стресс, тревогу и депрессию, способствуют отторжению пересаженных тканей; в механизмах этого отторжения участвуют социально-психологические влияния.

Важнейшей функцией иммунной системы является различение собственных и отторжение чужих (несобственных) ан-

тигенов. Иногда, по причинам, не вполне изученным к настоящему времени, развиваются клеточно-опосредованные или гормональные иммунные реакции, направленные против собственных клеток организма. В результате этих реакций наблюдается множество патологических проявлений, которые получили название аутоиммунных заболеваний. К нарушениям, связанным с аутоиммунными процессами, относятся болезнь Грейвса, болезнь Хашимото, ревматоидный артрит, язвенный колит, регионарный илеит, системная красная волчанка, псориаз, тяжелая миастения и пернициозная анемия (Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994).

Существуют многочисленные исследования, посвященные выявлению роли психологических факторов при заболеваниях раком. В ряде работ отмечается, что началу опухолевого роста часто предшествует жизнь, полная стрессов; особо важное значение имеет переживание чувств одиночества и утраты, что наблюдается при раке шейки матки, лейкемии и лимфоме.

То же самое справедливо для доброкачественной гипертрофии предстательной железы, началу которой, как оказалось, предшествуют быстрые изменения жизни больного. Напротив, началу рака мочевого пузыря предшествуют более медленно протекающие, длительные, отрицательно окрашенные события.

Ряд исследований посвящен попыткам установить связь между личностными особенностями и подверженностью заболеванию раком. Отмечается, что больные раком легкого в меньшей степени способны разряжать свои эмоции, чем больные, не страдающие раком. Тридцатилетнее исследование, начатое на студентах медицинского колледжа и направленное на прогнозирование того, кто из обследуемых впоследствии заболеет раком, показало, что подверженные этому заболеванию лица не склонны к быстрому проявлению своих эмоций. Другие исследования показали, что больные раком чрезмерно использовали свои защитные психологические механизмы отрицания и репрессии.

Неуклонное увеличение разнообразной информации об иммунологических аспектах рака ставит вопрос о возможности того, что в опосредовании иммунологических механизмов предрасположенности и течения опухолей играют роль социально-психологические факторы.

Психосоматические аспекты нарушений питания

Питание бессознательно связано с потребностью в любящей заботе. Страсть к лакомствам часто занимает место самовознаграждения на фоне скуки и недостатка любви. Прием пищи является также коммуникативным процессом. Тот, кто должен ограничивать себя в еде, придерживаться определенной диеты, часто чувствует себя неполноценным человеком, отлученным от пиршественного стола полной жизни.

Стиль питания есть прежде всего отражение аффективных потребностей и душевного состояния человека (Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., 1994). Авторы подчеркивают наличие самой тесной связи тем любви и питания: «Удовлетворение голода вызывает ощущение защищенности и хорошего самочувствия... В переживании остаются нераздельными чувства сытости, защищенности и желание быть любимым».

Самая тесная связь между процессом питания и любовными переживаниями устанавливается еще в младенческом возрасте, когда формируются любовные установки матери по отношению к своему ребенку. З.Фрейд, в частности, отмечал, что «если мать не обращается с любовью к ребенку, если она при кормлении в мыслях далека от него или спешит, это может иметь следствием развитие у ребенка агрессивности к ней. Эти агрессивные побуждения ребенок часто не может ни отреагировать, ни преодолеть, он может их лишь вытеснить. Это ведет к амбивалентной установке к матери. Взаимно противоположные движения чувств обусловливают также различные вегетативные реакции. С одной стороны, организм готов для приема пищи. Если же ребенок бессознательно отвергает мать, это ведет к обратной нервной реакции, к спазмам, рвоте. Это может быть первым психосоматическим проявлением более позднего невротического развития».

В качестве еще одного примера Б.Любан-Плоцца, В.Пельдингер, Ф.Крегер (1994) приводят так называемую трехмесячную колику: «Неуверенные и боязливые матери переносят свое напряжение на ребенка. Эта неуверенность приводит к состоянию повышенного напряжения у ребенка, к спастическим болям и внезапному вскрикиванию. Если мать думает, что ребенок голоден и предлагает ему пищу, это повышает имеющееся напряжение и повторно провоцирует колики».

«Голод» относительно защищенности, любви или признания может так влиять на желудок, как если бы речь шла о питании в буквальном смысле. Часто такой голод любви ведет к чрезмерному приему пищи вплоть до обжорства. Вообще прием пищи чрезвычайно пригоден для оживления настроения и самочувствия. В силу тесной связи еды и настроения прием пищи не является самым подходящим моментом для воспитательных мероприятий, нравоучений и напрягающих разбирательств, так как при неприятных переживаниях часто «пропадает аппетит».

Ожирение

Ожирение является состоянием, характеризующимся чрезмерным накоплением жира, когда масса тела на 20% превышает стандартную. В основе ожирения лежит положительный энергетический баланс: больные потребляют больше питания, чем им необходимо. Больные с ожирением демонстрируют снижение основного обмена; для того чтобы держать постоянным свой повышенный вес, они должны принимать меньшее, по сравнению с людьми с нормальным весом, количество пищи, чему должно сопутствовать преобладание парасимпатической иннервации и связанная с этим редукция обменных процессов (Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., 1994).

Pudel (1976) полагает, что больные с ожирением находятся в своих пищевых потребностях под большим влиянием раздражителей внешнего мира, по сравнению с внутренними физиологическими раздражителями. Больные не знают, когда они голодны. Вместо этого их аппетит провоцируется внешними раздражителями и различными формами дурного самочувствия. Длительная потребность в еде или внезапный сильный голод больных являются в связи с этим не выражением повышенной потребности организма в питании. Больные скорее регрессируют при столкновении с конфликтами и личными проблемами и хватаются за возможности, как в раннем детстве, для устранения с помощью еды дурного самочувствия и неприятных эмоций. Еда становится заменителем удовлетворения других неудовлетворенных эмоциональных потребностей.

Freyberger, Struwe (1962, 1963) делят больных с ожирением в зависимости от их пищевого поведения на следующие основные группы:

1. Приступообразное питание: аппетит появляется внезапно, еда поглощается экстатически, состояние подобно опьянению, поглощаются невероятные количества пищи, лишь тогда наступает удовлетворенность. В этом смысле говорят даже об «оральном оргазме».

2. Постоянное питание: аппетит появляется с утра, при вставании, и сопровождает человека в течение всего дня. Этот тип больных всегда хочет и может есть. Они не в состоянии ограничиться основными приемами пищи. Но они не страдают от обсессивного голода, а, напротив, чувствуют себя очень хорошо.

3. Отсутствие сытости: в отличие от других случаев, здесь аппетит не гонит к накрытому столу. Но с началом еды появляется аппетит, заставляющий поглощать огромные количества пищи. Бытовая поговорка, относящаяся сюда: «аппетит приходит во время еды».

4. Ночное питание: этот тип (распространенный, например, в США) голод обуревает лишь вечером. Он не насыщается, сколько бы ни ел. С трудом засыпает или часто просыпается, ест, снова ложится спать и на следующее утро страдает отсутствием аппетита.

Г.И.Каплан, Б.Дж.Сэдок (1994) отмечают, что имеется наследственная предрасположенность к ожирению, на которое влияют также факторы раннего развития в детстве. Это означает, по мнению авторов, что у тучных детей повышается число корковых клеток (гиперпластическая тучность), что способствует превращению их в тучных взрослых. Когда тучность впервые обнаруживается во взрослом периоде, она является результатом гипертрофического ожирения (увеличения размера жировых клеток), а не их числа. Ожирение также ограничивает физическую активность, что в дальнейшем способствует еще большему ожирению.

Психологические факторы важны для гиперфагического ожирения (переедания). Среди психодинамических факторов авторы называют оральную фиксацию, оральную регрессию и сверхценное отношение к пище. Может иметь место булимия, обычно связанная с кутежами. Кроме того, ожирению иногда способствует пренебрежительное отношение к своему внешнему виду, а также плохие условия питания в раннем детстве.

Особенности личности пациентов, страдающих ожирением

Bruch (1957) показал, что ожирение может быть вызвано родителями, когда они схематически на любое внешнее выражение ребенком потребности отвечают предложением пищи и ставят свое изъявление ребенку любви в зависимость от того, ест он или не ест. Такая структура семейных взаимоотношений ведет к недостатку «силы Я», в результате чего фрустрации не могут переноситься и прорабатываться, а должны лишь стираться за счет «подкрепления».

У больных с ожирением часто наблюдается очень тесная привязанность к матери. Petzold, Reindell (1980) указывают на доминирование матери в семье, в которой отец играет лишь подчиненную роль, а мать своей чрезмерной заботой и опекой задерживает развитие ребенка, его готовность к социальному контакту, фиксируя пассивно-рецептивную позицию ребенка.

Потребность в повышенном поступлении калорий с психодинамических позиций объясняется необходимостью защиты от негативных аффектов, в особенности от депрессивно окрашенных эмоций и от эмоции страха. Б.Любан-Плоцца, В.Пельдингер, Ф.Крегер (1994) находят у больных с ожирением черты внутренней задерганности, апатически мрачного отчаяния и признаки бегства в одиночество. Процесс еды, по мнению авторов, сдвигает — хотя и временно — негативно окрашенный аффект в свободную от депрессии фазу. Больные чувствуют себя несовершенными, ранимыми, несостоятельными. Снижение активности и избыточный вес дают известную защиту от глубокого чувства недостаточности: массивным и внушительным, человек кажется себе более сильным и защищенным. За счет регрессивного приравнивания значений любви и питания человек с избыточным весом утешает себя едой из-за отсутствия любви к себе.

Психологическая коррекция ожирения

Ожирение можно контролировать ограничением с помощью диеты и потребления малого числа калорий. Для борьбы с тревогой и депрессией, связанными с перееданием и диетой, необходима длительная эмоциональная поддержка и специальное поведение. Б.Любан-Плоцца, В.Пельдингер, Ф.Крегер (1994) отмечают, что курсы похудания оказываются

неэффективными, если не удается побудить больного к смене инстинктивно-аффективного поведения, при котором гиперфагия и избыточный вес перестали бы для него быть жизненно необходимыми. Успехи терапии на практике, по мнению авторов, столь низки потому, что, как правило, игнорируют баланс наслаждения больного, для которого в целом более приемлемым и переносимым является сохранять свой избыточный вес, чем разбираться со своими проблемами. В ходе диетического лечения в этой связи более 50% больных демонстрируют такие симптомы, как нервозность, раздражительность, повышенную утомляемость, широкий круг депрессивных проявлений, которые могут также обнаруживать себя в виде диффузного страха.

Нервная булимия

Булимия представляет собой эпизодическое, неконтролируемое, компульсивное и быстрое поглощение очень большого количества пищи в течение короткого периода времени. Физический дискомфорт, такой, как боли в животе, или чувство тошноты, завершают булимический эпизод, за которым следуют чувство вины, депрессия, ненависть к самому себе (Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994). Субъект регулярно употребляет слабительные или диуретики, вызывает рвоту или принимает другие чрезвычайные и искусственные меры для очищения желудка. Во время вспышек булимии больные едят сладкую, высококалорийную пищу, обычно легко перевариваемую или мягкую, например, пирожные и печенье. Пища съедается тайно и быстро и иногда даже не прожевывается.

Большинство больных, страдающих булимией, остаются в пределах своей нормальной массы тела, но некоторые слегка превышают или занижают ее. Они озабочены своей фигурой и внешностью; переживают за то, что другие думают о них и об их сексуальной привлекательности. Большинство страдающих булимией по сравнению с больными нервной анорексией сексуально активны.

Булимия обычно начинается в подростковом или раннем юношеском возрасте и встречается более часто у женщин, чем у мужчин. Ожирение в подростковом возрасте может быть предрасполагающим фактором к формированию этого нарушения во взрослом периоде.

Этиологические факторы

Специфических этиологических причин булимии не установлено. Указывается на наличие связи между булимией и депрессией; страдающие булимией лица в ряде случаев хорошо реагируют на антидепрессанты.

Психотерапия билимии

Лечение нервной булимии больных с ожирением с помощью психотерапии всегда длительное. Хороший эффект оказывают позитивное подкрепление, информационное подкрепление и обусловливающий договор с женщинами, страдающими и нервной булимией, и нервной анорексией.

Программа десенситизации в отношении мыслей и чувств, которые испытывали больные булимией непосредственно перед вспышками обжорства, вместе с поведенческим контактом, могут обеспечить эффективность в лечении заболевания, отмечают Г.И.Каплан, Б.Дж.Сэдок (1994).

Нервная анорексия

Нервная анорексия характеризуется поведением, направленным на то, чтобы похудеть, своеобразной манерой отношения к еде, потерей веса, сильно выраженным страхом прибавить в весе, нарушением схемы тела, а у женщин также аменореей. Это одно из немногих психических заболеваний, отмечают ГИ.Каплан, Б.Дж.Сэдок (1994), которое может протекать без ремиссий до самой смерти. Нервная анорексия наиболее часто встречается в возрастной группе 10-30 лет, среди социально-экономических классов со средним уровнем достатка. Наиболее типичный возраст формирования анорексии — подростковый. Максимум частоты случаев анорексии приходится на возраст 17-18 лет. Около 85% всех больных заболевают в возрасте между 13 и 20 годами. Анорексией страдают преимущественно девочки, девушки, молодые женщины, значительно реже — мальчики и юноши. По данным различных исследований, лишь от 4 до 6% больных анорексией составляют мальчики. Матери или отцы больных анорексией часто имеют ее признаки в анамнезе — очень низкую массу тела в подростковом возрасте и страх ее увеличения в дальнейшем.

Нервная анорексия — это расстройство аппетита, характеризующееся самоустановленными ограничениями в отноше-

нии диеты, особыми способами обращения с пищей, значительной потерей массы тела и сильным страхом перед ожирением и прибавкой массы тела. Имеются значительные нарушения в представлении о своем теле (страдающие анорексией считают себя жирными даже в состоянии истощения). Потеря массы тела составляет не менее 15% от нормальной массы тела. Больные нервной анорексией отказываются при этом поддерживать массу тела на уровне минимальной нормы для своего возраста и роста. Как правило, наблюдается единичный эпизод анорексии с полным выздоровлением в последующем.

Больные анорексией постоянно соблюдают диету, причем, поскольку влечение к еде сохраняется, в силу чего диета периодически может нарушаться, сочетают ее с употреблением рвотных и слабительных средств. Обычно прием рвотных и слабительных сочетается с истощающими физическими упражнениями, бегом, ходьбой, ездой на велосипеде. Потеря аппетита при нервной анорексии бывает редко, лишь в далеко зашедших случаях; поэтому термин «нервная анорексия», вообще говоря, не является правильным. Большинство пациентов скрывают основное нарушение поведения, направленное на потерю массы тела. Прежде всего такими больными исключается содержащая углеводы и жирная пища. Страдающие анорексией отличаются тем, что постоянно собирают рецепты и готовят вкусные блюда для других, буквально закармливая своих младших братьев и сестер. Они прячут пищу по всему дому и часто носят в карманах большое количество леденцов. Во время еды они пытаются спрятать свои порции в салфетки или засунуть еду в карманы, режут мясо на мелкие кусочки и проводят много времени, вновь располагая мясо на своей тарелке. Когда им указывают на их странное поведение, они отрицают, что это странно, или просто не хотят это обсуждать.

Бросаются в глаза также и нарушения социального поведения, из-за которых больные часто выглядят неестественными, холодными и отклоняющими межличностные коммуникации. Характерна выраженная ориентировка на достижение успеха и сильные контролирующие импульсы, с высокой потребностью безусловно овладеть контролем над своим телом.

У женщин, больных нервной анорексией, наблюдается также аменоррея. Нервная анорексия — одно из немногих психических заболеваний, которое может привести к смерти. Цифры смертности варьируют от 5 до 18%.

Психологические этиологические факторы нервной анорексии

Психологические теории, касающиеся причин нервной анорексии, основываются преимущественно на психодинамических формулировках: нервная анорексия, в соответствии с подобными представлениями, является фобической реакцией избегания пищи, являющейся результатом сексуального и социального напряжения, вызванного физическими изменениями, связанными с пубертатом. Наступающая в результате этого недостаточность питания приводит к редукции сексуального интереса, что, в свою очередь, ведет еще к большим ограничениям питания.

Согласно другой динамической теории, постулируется зависимая успокоительная связь между теплым, но пассивным отцом, и виной за агрессию к амбивалентно рассматриваемой матери (Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994). С одной стороны, пациенты направляют против себя самоуничтожающую агрессию, которой они наказывают себя за импульсы расстаться с матерью, воспринимаемые ими как «предательство». С другой стороны, отказ от пищи является попыткой достижения любовной заботы или, если это не удается, средством по меньшей мере разозлить других членов семьи, в том числе и мать, и с помощью пищевого поведения установить над ними контроль. И на самом деле во многих семьях пищевое поведение пациентов является всепоглощающей темой, вызывающей преимущественно негативные реакции. В лечении больные пытаются перенести на клинический персонал эту схему отношений.

Психодинамически отказ от пищи можно понимать также как защиту от всего инстинктивно-телесного, при этом манифестная защита сдвинута на оральный уровень. Навязчивое похудание часто интерпретируется как бегство от женственности: отказ от пищи воспринимается как телесный успех, когда он оказывается препятствием для развития женских форм. Отказ от пищи служит также своеобразной защитой от страха беременности. Б.Любан-Плоцца, В.Пельдингер, Ф.Крегер (1994) замечают, что нервная анорексия — это не только борьба против созревания женской сексуальности, это также попытка защиты от взросления в целом на основе чувства бессилия перед лицом нарастающих ожиданий мира взрослых.

Семейные взаимоотношения часто определяются атмосферой перфекционизма, тщеславия и ориентировкой на социальный успех. Аффективные конфликты отрицаются, адекватные решения конфликтов не вырабатываются. Атмосфера в семье представляется постоянно напряженной, однако вовне демонстрируется закрытая картина согласия и гармонии. Minuchin (1977) описал для семей с больными анорексией такие поведенческие характеристики, как вязкость, чрезмерная заботливость, избегание конфликтов, ригидность и вовлеченность детей в родительские конфликты. Он понимает симптоматику анорексии как борьбу за власть дочерей с их родителями в рамках чрезмерно связанных отношений, причем собственное тело представляет для самой больной последнюю сферу, в которой она может отграничиться от требований родителей и удержать сколько-то автономии. Больные происходят преимущественно из средних слоев общества, часто являются единственными дочерьми, имеют братьев и сообщают о чувстве неполноценности в отношении их (Jores, 1976).

Описывается расстройство схемы тела при нервной анорексии (с отрицанием своей истощенности, что рассматривается как частичная утрата критики), расстройство самовосприятия (нежелание или отказ признать истощенность, слабость, голод) и чувство несостоятельности, обусловленное ложным выученным опытом.

Незадолго до появления заболевания рядом авторов констатируется наличие ряда стрессовых событий. Провоцирующей ситуацией для нарушения пищевого поведения нередко является первый эротический опыт, который больные не могут переработать и переживают в качестве угрожающего. В анамнезе этих пациентов типичными являются школьные успехи, превышающие средний уровень, наличие в сознании модели совершенства с чертами перфекционизма, не имеющий реальных оснований страх перед неудачей. Около трети всех больных до начала заболевания характеризуются слегка повышенной массой тела.

Часто они производят впечатление внешне социально компетентных, компенсированных, добросовестных и послушных, вплоть до полной подчиняемости. При этом они, как правило, обладают высоким интеллектом и являются блестящими учениками. Их интересы духовны, идеалы аскетичны,

трудоспособность и активность в деятельности высоки (Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., 1994).

Психические нарушения при нервной анорексии

Обсессивно-компульсивные расстройства, депрессия, тревога и другие психиатрические диагнозы часто сопутствуют больным нервной анорексией. Достаточно распространенно компульсивное воровство, обычно леденцов или слабительного, но иногда одежды и других предметов.

У многих подростков с нервной анорексией отмечается задержка психосексуального развития, а взрослые имеют сниженный интерес к сексу, когда начинается заболевание. В ряде случаев перед заболеванием имеет место неразборчивость в сексуальных контактах и злоупотребление наркотиками.

Терапия нервной анорексии

Первая задача врача общей практики заключается в том, чтобы тщательно отдифференцировать возможную органическую причину страдания. Дифференциальный диагноз включает в себя среди прочего туберкулез, злокачественные опухоли, гипертиреозы, но также и хронические энтериты и юношеский диабет. Болезнь, которая в течение долгого времени была наиболее вероятной в дифференциальной диагностике, — гипофизарная кахексия. Нервная анорексия должна отграничиваться от симптоматической анорексии при депрессивном состоянии и при шизофрении. Дальнейшее различение следует делать между реактивной анорексией, вызванной эмоциональной травмой, психогенным торможением пищевого поведения и неврозом рвоты (Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., 1994).

Большое значение имеет общемедицинское лечение. Терапия происходит с большим трудом, в частности и потому, что у пациентов отсутствует осознание болезни. В начале лечения по концепции поведенческой терапии находится фаза компенсаторного питания. Питание основано на принципе оперантного кондиционирования пищевого поведения. Больные изолируются, ситуация питания обогащается присутствием терапевта. Если в начале лечения больной вознаграждается за каждую прибавку веса, то на последующей стадии вознаграждение дается за удержание рекомендованного веса.

Наряду с поведенческими концепциями с разным успехом применяются различные глубинно-психологические и телесно-ориентированные методы лечения. Многие авторы приходят к выводу о том, что вовлечение семьи в общую концепцию лечения оправдывает себя и по результатам превосходит индивидуальное лечение. Стационарно проводимая терапия, если она учитывает семейную проблематику, успешнее, чем амбулаторное лечение.

Литература

Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. — М., 1995. - 296 с.

Айрапетянц М.Г., Вейн А.М. Неврозы в эксперименте и клинике. — М., 1982.-272 с.

Акопов А. Ю., СлучевскийФ.И. Прогностическая деятельность человека в однозначно-детерминированных средах в норме и патологии // Вопр. психологии.- 1981. - № 3 - С. 119-123.

Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. — М., 2000. -496 с.

Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней: Пер.с англ. — М.: Прогресс-Культура; изд-во агентства «Яхтсмен», 1995. — 608 с.

Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение: Пер. с англ. — М.: Перрлс, 2000. — 296 с.

Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: Метод, пособие / Ересько Д.Б., Исурина ГЛ., Кайдановская Е.В., и др.— СПб.: Изд-во Психоневрол. ин-та им. Бехтерева В.М., 1994.-17 с.

Аммон Г. Динамическая психиатрия. — СПб.: изд-во Психоневрол. ин-та им. В.М.Бехтерева, 1995. — 200 с.

Анохин П.К. Эмоциональные напряжения как предпосылка к развитию неврогенных заболеваний сердечно-сосудистой системы // Вестн. АМН СССР. - 1967. - №6. - С. 10-18.

Анохин П. К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса. — М.: Медицина, 1968. - 538 с.

Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков. - М., 1997.- 198 с.

Антропов Ю.Ф. Невротическая депрессия у детей и подростков. — М., 2001.- 152 с.

Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. — М., 1999.-304 с.

Анциферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психолог, журн. - 1994. - №1. - С.3-18.

Базылевич Т.Ф. К проблеме задатков прогностических способностей // Там же - №6. - С. 90-99.

Бассин Ф.Б. Проблема бессознательного. — М.: Медицина, 1968. — 468 с.

Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. - М., 1988. - 270 с.

Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия и контроль. — СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2001. - 512 с.

Бернштейн Н.А. О ловкости и ее развитии. — М., 1991. — 288 с.

Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. — Киев: Здоров'я, 1986. - 280 с.

Боев И.В. Пограничная аномальная личность. — Ставрополь, 1999.-362 с.

Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А. Функциональные асимметрии человека. - М., 1988.-240 с.

Братусь Б.С. Аномалии личности. — М., 1988. — 302 с.

Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. - М., 1999.-376 с.

Брушлинский А.В. Мышление и прогнозирование. — М., 1979. — 230 с.

Бурлачук А.Ф., Коржова Е.Ю. Психология жизненных ситуаций. — М., 1998.-263 с.

Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1998. — 416 с.

Быков К.М., Курцин И. Т. Кортико-висцеральная патология. — М., 1960. - 75 с.

Вальдман А.В. Роль гипоталамуса в эмоционально-поведенческих актах. // Экспериментальная нейрофизиология эмоций. —Л., 1972. — С. 108-124.

Василюк Ф.Е. Психология переживания. — М., 1984. — 200 с.

Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики. — СПб., 1997. — 304 с.

Вейн А.М., Соловьева А.Д., Колосова О.А. Вегетососудистая дистония. — М.: Медицина, 1981. — 318 с.

Вероятностное прогнозирование в деятельности человека / Под ред. И.М.Фейгенберга, Г.Е.Журавлева. - М., 1977. - 392 с.

Ганзен В.А. Системные описания в психологии. — Л.: изд-во Ленингр. ун-та, 1984. — 176 с.

Гельгорн Э., Луфборроу Дж. Эмоции и эмоциональные расстройства (Нейрофизиол. исслед.). — М.: Мир, 1966. — 672 с.

Гиндикин В.Я. Лексикон малой психиатрии. — М., 1997. — 576 с.

Гиндикин В.Я., Гурьева В.А. Личностная патология. — М., 1999. — 266 с.

Гоштаутас А.Л., Крищунайте Р.И. Применение психологических методов для изменения поведения, увеличивающего риск развития ишемической болезни сердца // Тер. арх. — 1981. — Т. 53. — №1. — С. 46-48.

Грановская Р.М. Элементы практической психологии. — Л.: изд-во ЛГУ, 1989. - 523 с.

Гройсман А.Л. Медицинская психология: Лекции для врачей — слушателей курсов последипломного образования. — М.: Магистр, 1998. - 360 с.

Групповая психотерапия при неврозах: Метод, рекомендации. — М.:МЗ СССР, 1981.

Групповая психотерапия в системе лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: Метод, рекомендации. — Л.: Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М.Бехтерева, 1988.-19 с.

Губачев Ю.М., Иовлев Б.В., Карвасарскш Б.Д. и др. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. — Л.: Медицина, 1976.-216 с.

Губачев Ю.М., Либих С.С. Основы психосоматических отношений в клинике внутренних болезней. Психотерапия при соматических заболеваниях (Учебное пособие по терапии). — Л.: изд-во ЛенГИДУВа, 1977. - 13 с.

Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. —Л.: Медицина, 1981. — 216 с.

Гульдан В.В., Иванников В.А. Особенности формирования и использования прошлого опыта у психопатических личностей //Журн. невропат, и психиатр. - 1974. - №12. - С. 1830-1836.

Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я. Психопатология подросткового возраста. — Томск, 1994. — 310 с.

Десятников В.Ф., Сорокина Т. Т. Скрытая депрессия в практике врачей. - Минск, 1981.-240 с.

Доклад Комитета экспертов ВОЗ по проблеме «Профилактика коронарной болезни сердца»: Пер. с англ. — М.: Медицина, 1982. — 55 с.

Зайцев В. П. Вопросы психической реабилитации больных инфарктом миокарда: Автореф. дис.... докт. мед. наук. — М., 1975. — 37 с.

Залевский Г.В., Семке В.Я. Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации. — Красноярск, 1990. — С. 69—70.

Захаров А.И. Неврозы у детей и психотерапия. — СПб., 1998. — 336 с.

Зачепицкий Р.А. Социальные и биологические аспекты психологической защиты //Социально-психологические исследования в психоневрологии. - Л., 1980. - С. 22-27.

Зюбан А.Л. Основы медицинской психологии. — Л.: ВМА им. С.М.Кирова, 1972.

Изард К. Эмоции человека. — М., 1980. — 440 с.

Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: Руководство для врачей. - СПб.: Питер, 2000. - 512 с.

Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — М.: Медицина, 1983. — 310 с.

Катан Г.И., Сэдок Дж.Б. Клиническая психиатрия: Пер. с англ. — М.: Медицина, 1994. - Т. 1. - 672 с.

Карвасарскш БД. Неврозы. — М.: Медицина, 1980. — 448 с.

Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. — Л.: Медицина, 1982. - 272 с.

Квасенко А.В., Зубарев Ю. Г. Психология больного. —Л.: Медицина, 1980.- 184 с.

Кемпиньский А. Познание больного Пер. с польск. — Минск: Вышейша школа, 1998. - 207 с.

Кемпински А. Психопатология неврозов. — Варшава, 1975. — 399 с.

КеннонВ. Физиология эмоций. — М. —Л.: Прибой, 1927.— 311с.

Юшнико-психологтеское обоснование психокоррекционных мероприятий у больных хроническими формами ишемической болезни сердца: Метод, рекомендации / Под ред. В.А.Алмазова, М.М.Кабанова.-Л., 1990.-27 с.

Клиническая психиатрия / Под ред. проф. Н.Е.Бачерикова. — Киев: Здоровья, 1989. -512 с.

Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств / Под ред. В.Н.Краснова, И.Я.Гуровича.-М., 1999.-223 с.

Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. — М., 1979. — 608 с.

Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. — Прага: Авиценум, 1983. - 405 с.

Коркина М.В., Цивилько М.А. Нервная анорексия. — М., 1986. — 174 с.

Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе. Деструктивные формы поведения в современном мире. — Новосибирск.: Наука, 1990.-186 с.

Коростелева И.С., Ротенберг В.С. Психологические предпосылки и последствия отказа от поиска в норме и при психосоматических заболеваниях // Психолог, журн. — 1990. — №4 — С. 84-90.

Краткий психологический словарь / под ред. А.В.Петровского, М.Г.Ярошевского. — 2-е изд., расш., испр. и доп. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1998. -512 с.

Криминальная мотивация / Под ред. В.Н.Кудрявцева. — М.: Наука, 1986.-304 с.

Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. — 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1984. — 272 с.

Лакосина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности. — М.: Медицина, 1994. — 192 с.

Лангмейер Й., Матейчек 3. Психическая депривация в детском возрасте. — Прага: Авиценум, 1984. — 334 с.

Левитов Н.Д. О психических состояниях человека. — М.: Просвещение, 1964. — 344 с.

Леонов А.А., Лебедев В.И. Психологические проблемы межпланетного полета. — М.: Наука, 1975. — 248 с.

Липгарт Н.К., Стукалова Л.А., Виш ИМ. Неврозы и сексуальные расстройства. — Воронеж, 1985. — 160 с.

Личко А.Е. Подростковая психиатрия. — Л., 1985. — 416 с.

Ломов Б.Ф. Вопросы общей, педагогической и инженерной психологии. - М., 1991. - 296 с.

Ломов Б.Ф., Сурков Е.Н. Антиципация в структуре деятельности.— М., 1980.-280 с.

Куприянов СЮ. Семейная психотерапия больных бронхиальной астмой // Психогигиена и психопрофилактика: Сб. науч. тр. / Под ред.

В.К.Мягер, В.П.Козлова, М.В.Семеновой-Тянь-Шанской. — Л., 1983.-С. 76-84.

Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования. // Эмоциональный стресс. - Л., 1970. - С. 178-208.

Лакосина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности. — М.: Медицина, 1994. — 192 с.

Лебединский М.С., Мясищев В.Н. Введение в медицинскую психологию. — Л.: Медицина, 1966. - 429 с.

Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. — СПб.: изд-во науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М.Бехтерева, 1994. — 245 с.

Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. — М.: Академический проспект, 1999. — 416 с.

МаслоуА. Психология бытия. — М., 1997. — 304 с.

Менделевич В.Д. Патопсихологическая оценка нозологической самостоятельности неврозов // Казан, мед. журн. — 1988. — № 1. — С. 56—59.

Менделевич В.Д. Значение некоторых личностных характеристик в развитии неврозов // Пограничные психические расстройства: Сб. науч. тр. - М., 1988. - С. 52-57.

Менделевич В.Д. О некоторых психологических механизмах неврозогенеза //Психологический журнал. — 1990. — №6. — С. 113—117.

Менделевич В.Д. Гинекологическая психиатрия. — Казань, 1996. — 336 с.

Менделевич В.Д. Антиципационные механизмы неврозогенеза // Психол. журн. - 1996. - №4. - С. 107-115.

Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика. — М.: Медицина; ТЕХЛИТ, 1997. -496 с.

Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство — М.: МЕДпресс, 2001. — 592 с.

Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. — М.: МЕДпресс, 2001. -432 с.

Менделевич В.Д., Авдеев Д.А., Киселев СВ. Психотерапия «здравым смыслом». — Чебоксары, 1992. — 76 с.

МеницкийД.Н. Высшая нервная деятельность человека и животных в вероятностно организованной внешней среде: Автореф. дис.... докт. биол. наук. — М., 1981. — 61 с.

МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. — Женева. ВОЗ, — 208 с.

Мягер В.К. Диэнцефальные нарушения и неврозы. — Л.: Медицина, 1976. - 166 с.

Мясищев В.Н. Личность и неврозы. — Л.: изд-во Ленингр. ун-та, 1960. - 426 с.

Наранхо К. Характер и невроз. — СПб.; Минск, 1998. — 336 с.

Немчин Т.А. Состояния нервно-психического напряжения. - Л.: изд-во Ленингр. ун-та, 1983. — 167 с.

Никитин В.Н. Психология телесного сознания. - М., 1999. - 488 с.

Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. - М.: изд-во Моск. ун-та. 1987. — 167 с.

Николаева Л.Ф., Аронов Д.М. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца. — М.: Медицина, 1988. — 286 с.

Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. - СПб., 2000. - 507 с.

Орлов Ю.М. Восхождение к индивидуальности. — М., 1991. — 287 с.

Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. — М., 1996.-464 с.

Переслени Л.И., Подобед В.Л. Исследование прогностической деятельности для характеристики уровня умственного развития //Дефектология. - 1982. - №6. - С. 11-17.

Переслени Л.И., Рожкова Л.А. Психофизиологические механизмы формирования прогноза //Психологический журнал. — 1991. — №5. — С. 51-59.

Пиаже Ж. Неврозы и фиксированные идеи. — СПб., 1903. — 430 с.

Платонов К.К. Структура и развитие личности. — М.: Наука, 1986. — 255 с.

Положенцев С.Д., Руднев ДА. Поведенческий фактор риска ишемической болезни сердца (тип А). — Л.: Наука, 1990. — 171 с.

Поляков Ю.Ф., Спиваковская А.С. Психологическая коррекция: ее роль и место в профилактике заболеваний // Современные формы и методы организационной психогигиенической и психопрофилактической работы. Республ. сб. науч. тр. — Л., 1985. — 167 с.

Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. — М., 1997.-496 с.

Психические состояния / Сост. и общ. ред. Л.В.Куликова. — СПб.: Питер, 2000.-512 с.

Психогенные расстройства кровообращения / Под ред. Ю.М.Губачев, В.МДорничев, О.А.Ковалев. - СПб.: Политехника, 1993. - 248 с.

Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д.Карвасарского. - СПБ.: Питер ком., 1998. - 753 с.

Раттер М. Помощь трудным детям (Пер. с англ.) / Общ. ред. А.С.Спиваковской. — М.: Прогресс, 1987. — 424 с.

Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. — М.: Прогресс, 1979. - 392 с.

Рождерс К. Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека. — М., 1994. - 480 с.

Росс Л., Нисбетт Р. Человек и ситуация. — М.: Аспект Пресс, 1999.-429 с.

Ротенберг В.С., Аршавский В.В. Поисковая активность и адаптация. - М.: Наука, 1984. - 192 с.

Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии, — М.: Учпедгиз, 1946.-518 с.

Руководство по психиатрии / Под ред. Г.В.Морозова. В 2-х т.— М.: Медицина, 1988 . - Т. 1. - 640 с.

Русалов В.М. Электрофизиологические корреляты вероятностно-прогностической деятельности человека // Системный подход к психофизиологической проблеме. — М., 1982. — С. 34—40.

Русалов В.М. Коллективное (диадное) вероятностное прогнозиро-

вание и свойства личности // Психологические исследования познавательных процессов и личности. — М., 1983. — С. 96—105.

Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе: Научно-практическое пособие. — М.: Гардарика; Смысл, 1998. - 192 с.

Свядощ А.М. Неврозы. — М.: Медицина, 1982. — 368 с.

Семичев СБ. Предболезненные психические расстройства. — Л.: Медицина, 1987. - 183 с.

Семке В.Я. Истерические состояния. — М., 1988. — 222 с.

Семке В.Я. Превентивная психиатрия. — Томск, 1999. — 403 с.

Семке В.Я., Положий Б.С. Пограничные состояния и психическое здоровье. — Томск, 1990. — 207 с.

Сергеев И.И. Динамика и исходы неврозов // Журн. невропат, и психиатр. - 1989. - №11. - С. 66-70.

Сергиенко Е.А. Антиципация в раннем онтогенезе человека. — М., 1992.-142 с.

Сидоров П.И, Парняков А.В. Введение в клиническую психологию: Учебнник для студ. мед. вузов. — М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. — Т.1. — 416 с.

Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. Т. 2: Учебн. для студ. мед. вузов. — М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. — 381 с.

Симонов IJ.В. Эмоциональный мозг. — М.: Наука, 1981. — 210 с.

Симонов В.П., Ершов П.М. Темперамент. Характер. Личность. — М., 1984. - 161 с.

Смирнов В.М., Трохачев А.М. О психологии, психопатологии и физиологии эмоций. // Дерябин В.С. Чувства, влечения, эмоции. — Л., 1974.

Смулевич А. Б. Малопрогредиентная шизофрения и пограничные состояния. — М., 1987. — 240 с.

Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности. — М., 1997. - 480 с.

Соколов Е.И., Белова Е.В. Эмоции и патология сердца. — М.: Медицина, 1983.-309 с.

Соколова Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. - М., 1989. - 215 с.

СоловьеваСЛ., НезнановН.Г. Психологическиеособенностилицеразличными вариантами агрессивного поведения // Обозр. психиат. и мед. психол. - 1993. - №1. - С. 75-77.

Соложенкин В.В., Носков Г.Г. Экспериментально-психологическое исследование прогнозирования у больных неврозами // Журн. невропат, и психиатр. - 1985. - №12. - С.1833-1837.

СпиваковскаяА.С. Профилактикадетскихневрозов. — М., 1988. — 200с.

Судаков К.В. Функциональные системы организма. - М.: Медицина, 1987.-432с.

Тарабрина М.В. Экспериментально-психологическое и биохимическое исследование состояния фрустрации с помощью стресса при неврозах: Автореф. дисс.... канд. психол. наук. — Л., 1973. — 21 с.

Таишыков В.А. Психология лечебного процесса. — Л.: Медицина, 1984.- 189 с.

Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. — М.: Медицина, 1986. — 384 с.

Урванцев Л.П. Психология в соматической клинике: Учебное пособие — Ярославль: Яросл. гос. ун-т, 1998. — 160 с.

Ушаков Т.К. Пограничные нервно-психические расстройства. — М.: Медицина, 1987. — 304 с.

Фейгенберг И.М. Нарушения вероятностного прогнозирования при шизофрении // Шизофрения и вероятностое прогнозирование. — М., 1973.-С. 5-19.

Фейгенберг И.М. Порог вероятностного прогнозирования и его изменения в патологии // Вероятностное прогнозирование в деятельности человека. - М., 1977. - С. 169-188.

Франкл В. Доктор и душа. - СПб.: Ювента, 1997. - 286 с.

Фрейд 3. Введение в психоанализ. — М.: Наука, 1989. — 456 с.

Фресс П. Эмоции // Экспериментальная психология. — 1975. — Вып. 5. - С. 111—196.

ФурстДж.Б. Невротик. Его среда и внутренний мир. — М., 1957. — 376 с.

ХекхаужнХ. Мотивация и деятельность: Пер. с нем. / Под ред. Б.М.Величковского. — М.: Педагогика, 1986. — Т 1. — 408 с. — Т 2. — 392 с.

ХХомуло П.С. Эмоциональное напряжение и атеросклероз. — Л.: Медицина, 1982. - 147 с.

Хорни К. Невротическая личность нашего времени. — М., 1993. — 480 с.

Циркулярная депрессия (Патофизиологическая характеристика) / Под ред. П.В.Бирюкович, В.Н.Синицкий, Л.С.Ушеренко. — Киев: Наукова думка, 1979. — 324 с.

Шевченко Ю.С., Добридень В.П. Онтогенетически-ориентированная психотерапия. — М., 1998. — 157 с.

Ширяев Д.А. Психофизиологические механизмы вероятностного прогнозирования. — Рига, 1986. — 142 с.

Шхвацабая И.К. Ишемическая болезнь сердца. — М.: Медицина, 1975.-400 с.

Шхвацабая И.К. Артериальные гипертонии и гипотонии / Руководство по кардиологии. — М.: Медицина, 1982. — Т. 4. — С. 5—65.

Эйдемиллер Э.Г, Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. — Л.: Медицина, 1989. - 192 с.

Юнг К. Проблемы души нашего времени. — М., 1993. — 336 с.

Alexander F. Psychosomatic Medicine. — New York, 1950. — 564 p.

Cannon W.B. The James-Lange theory ofemotion: a critical examination and an alternative theory // Am. J. Pruchol. - 1927. - Vol. 39. - №2. - P. 106-119.

Dunbar F.H. Psychosomatic diagnosis. — New-York-London, 1948. — 506 p.

Friedman M., Rosenman R. Association of specific overt behaviour pattern with and cardiovascular findings // JAMA. - 1959. - Vol. 169. - P. 1286—1296.

James W. What is emotion? // Mind. - 1884. - Vol. 9. - №33. - P. 188-197.

Jenkins CD. Psychosocial and behavioral factors // Prevention of coronary heart disease /Eds.H.Kaplan, J.Stambler. — Philadelphia, 1983. — P. 98-112.

JouveA. etal. La situation favorisante dans Revolution de la maladie coronariene//Vie Med. - 1980. -Vol. 61. - №15. - P. 1241-1246.

Klinger E. Consequences of commitmen to and disengagement from incentives // Psychological Review. — 1975. — P. 82.

Kraepelin E. Psychiatric Klinische Psychiatrie. — Leipzig, 1913. —416 S.

Lange C Les Emotion. — Paris: Alcan, 1895. — 190 p.

Seligman M.E.P. Helplessness: On Depression, Development, and Death. - San Fransisco, 1975.

Anxiety and Behavior. / ED. C. Д. Spielberger - Ntw-Yorc, 1966.